

د. محمد المنصور

التخوف الاجتماعي (الخجل)

الطبعة الأولى: ١٤٢٥ هـ / ٢٠٠٤ م



الطبعة الأولى: ١٤٢٥ هـ / ٢٠٠٤ م

الخوف الاجتماعي (المفجل)

تلافة عامية ودق طرات النفس،
مطاهو، أبتباه، وطرفه العاكف

الدكتور حسن التاي

أخصائي في الطب النفسي - زمالة ومهرة في جامعات لبنان وبريطانيا
عضو الجمعية البريطانية للعلاج النفسي السلوكي
والجمعية البريطانية للعلاج النفسي والأسري
عضو الجمعية الدولية للطب النفسي

طبيب نفسي
www.psychiatry.com
E-mail: doctor@psychiatry.com



- جميع المشرق مطبعة الدوائف
- الطبعة الأولى: ١٩٩٣ م / ١٤١٤ هـ
- دار المنار - جدة / السعودية
- الطبعة الثانية، ١٩٩٥ م / ١٤١٥ هـ
- دار الإشراف - دمشق / سوريا
- رافد BASHON
- 1 - 016994 - 26387

دار الإشراف
للتدريس والتوزيع

دمشق - سوريا ص. ب: 34642
هاتف: 776218 / 6669410

الخوف الاجتماعي
(العنيد)

بسم الله الرحمن الرحيم

-
- صورة الضلالة ملتزمة بتصرف عن لوحة لإحدى الشركات الدولية. ربما يكون من الصعب إعطاء تسمية أيدي لوحة الفوحة...
وقد رأيت أن واحداً من مبادئ المقالة يرتبط بموضوع الكتاب.
وهو أنه يمكن للإنسان أن يتخلص من آلامه ويعرفه وأحلامه مهم كانت قليلة.

❑ محتويات الكتاب

الموضوع	الصفحة
❑ الإهداء	٩
❑ بين يدي الكتاب	١١
❑ المقدمة	١٨
❑ الفصل الأول: تعريف اضطراب الخوف الاجتماعي ..	٢٣
❑ الفصل الثاني: أسئلة عملية:	٣٢
• الحالة الأولى	٣٢
• الحالة الثانية	٣٤
• الحالة الثالثة	٣٦
• الحالة الرابعة	٣٩
• الحالة الخامسة	٤١
• ملاحظات	٤٣
❑ الفصل الثالث: التشخيص	٤٦
❑ الفصل الرابع: الخجل والاضطرابات المتصلة به ..	
• عند الأطفال	٦١
❑ الفصل الخامس: الخصوصية الاجتماعية الهرمية ..	
(الخلاصة):	٦٨

■ مقدمة عامة	٦٨
■ وصفها	٦٩
■ تشخيصها	٧٨
■ تفرقها عن الاضطرابات الأخرى ...	٨٧
■ أسبابها	٨٩
■ العلاج	٩٢
□ الفصل السادس: الفرق بين الخوف الاجتماعي	
■ والاضطرابات الأخرى	٩٥
□ الفصل السابع: انتشار اضطراب الخوف الاجتماعي ...	١٠٣
□ الفصل الثامن: المضاعفات المرتبطة بالخوف الاجتماعي	١١٤
□ الفصل التاسع: حول الأسباب:	١١٨
■ العوامل العصبية والوراثية	١٢٠
■ العوامل النفسية	١٢٥
■ العوامل السلوكية والنمائية والمعرفية	١٢٨
■ العوامل الأسرية والثقافية والاجتماعية	١٣٣
□ الفصل العاشر: حول العلاج	١٤١
■ العلاج الدوائي	١٤١
■ العلاج السلوكي والمعرفي	١٤١
■ وتنمية القدرات الاجتماعية	١٤٥
■ العلاج النفسي التحليلي والديناميكي	١٥٦
■ العلاج النفسي المتكامل أو الانTEGRال	١٥٦
■ مخطط العلاج التكامل للفرق الاجتماعي	١٧٠

- ١٧١ • علاج نفسك بنفسك
- ١٧٤ • مصالحي علاجية في حالات الأطفال
- ١٧٧ □ الفصل الحادي عشر: حول الوقاية
- ١٨٢ □ الملحقات:
 - ملحق رقم (١) استبيان الخوف الاجتماعي
 - ملحق رقم (٢) قائمة الأعراض الجسمية في
 - ١٨٦ الخوف الاجتماعي
 - ملحق رقم (٣) قائمة المخاوف في الخوف
 - ١٨٧ الاجتماعي
 - ملحق رقم (٤) أمور أخرى مترابطة في
 - ١٨٨ حالات الخوف الاجتماعي
 - ملحق رقم (٥) ملاحظات حول تطبيق
 - ١٨٩ الشخصية وإثباتها
 - ملحق رقم (٦) ملاحظات حول طريقة الكلام
 - ١٩٠ واللفظ
 - ١٩١ □ الكلمات والمصطلحات الإنكليزية ومقابلها في العربية
 - ٢٠٦ □ المراجع
 - ٢٠٧ □ قائمة
 - ٢١٠ □ لذكر عامة

مقدمة الطبعة الثانية

تم استكمال كتابي هذا بحرارة خاصة في الأوساط العلمية والعامة وقد وصفتي كلمات تشجيع واستحسان من القرطبي والأصمغاني وغيرهم من المثقفين والمهتمين بالأمور النفسية والاجتماعية، كما كتب عنه في عدد من الصحف والمجلات النورية.

ولقد أكد لي بعض الزملاء من الأساتذة والأطباء النفسيين في عدد من النول العربية ضرورة توفير هذا الكتاب في السوق المحلية... فبادرت إلى دمشق (مسلط رأسى وفلي وفلي) كني أطلقه مرة أخرى حيث يتم توزيعه بشكل أوسع مما يضمن تخفيف العبء المالية للحرارة... وهي المساهمة في زيادة الوعي الطبي النفسي وإثراء المكتبة العربية بما هو جديد ومفيد في ميدان العلوم النفسية.

وفي هذه الطبعة لم أضيف شيئاً عما كتبه حول الخوف الاجتماعي في الطبعة الأولى وذلك لقلة المعلومات المستحصدة حول هذا الموضوع خلال الشهور القليلة الماضية. وربما يكون هناك إضافات خاصة بعد عدة سنوات في طبعة مزيطة ومفصلة.

وقد أنضمت في نهاية الكتاب بعض التصويبات لأخطاء لغوية ومطبعة استوفى للفن العربية وللقاري العزيز.. والله الموفق.

دمشق ١٩٩٤ م / ١٤١٥ هـ

د. حسام المالح

الإهداء

- * إلى والدي الذي علمني العلم كي
أستفيع به .. وأستفيع به غيري ..
- * إلى القارئ المخلص الذي لا يزال
يقرا أمتي عالم المعرفة ..
- * إلى من يخاف المجهول من الوريد
إلى الوريد ..
- * وإلى كل من يعالج هذه الأدب وفلا ..

أقدم هذا الكتاب

□ ابن يحيى الكتّاب

لقد جاءني فكرة هذا الكتاب لدى تحضيري لإلقاء محاضرة حول الخوف الاجتماعي باللغة الإنجليزية في جمعية الأطباء النفسيين في جدة. وكنت قلها قد حاضرت حول نفس الموضوع باللغة العربية أمام مجموعة من الأطباء غير النفسيين في إطار زيادة الثقافة الطبية النفسية لدى الأطباء وغيرهم من المطلقين والمربين، والتعاون بين مختلف فروع الطب لتقديم أفضل الخدمات العلاجية والتشخيصية.

ولقد كانت استباضاتي للموضوع تبيّن مفيد... لأنه يتلصص مشكلة عامة يتدخل فيها العديد من المواصل والأطراف... منذ النشأة الأولى وسلوك الأيوين، إلى سلوك المدرسين، ومن ثم المجتمع الكبير.

والحقيقة أن حالة الضغوط الاجتماعية هي إحدى الاضطرابات النفسية المستترة في بلادنا... وكثير من الناس يشكو من أمراضها المزعجة، وقد تكون شديدة ومعطلة للإنسان في علاقاته مع الآخرين، مما يؤثر على حياته العملية وإنتاجه. إضافة إلى التغيرات النفسية المديتة، والإرهاق النفسي، وتقلب

المزاج الاكتابي واليس، مما يؤدي إلى ارتسام ملامح حزينة واجباطات كثيرة في حياة هؤلاء الناس.

ولم له من الأسباب التي دفعتني إلى كتابة مثل هذا الكتاب أن أول الحالات النفسية التي تعرفت عليها منذ أن كنت طالباً في كلية الطب ومولماً بالطب النفسي هي حالة خوف اجتماعي نوزعاً اجتماعي (القلق والارتباك أمام الآخرين) لطالب في كلية الهندسة كان متوقفاً ومجهداً ولكن عندما يطلب منه المدرس أن يخرج إلى السبورة للإجابة عن معادلة رياضية (وهو يحسرها حلها بسهولة تامة) كانت نصيبه أعراض قلق شديدة وارتباك وهو يحاول أن يستجمع قواه ليكتب من مقعد ويقول لا أعرف. . . كي يعجب الزوف أمام زملائه وهم ينظرون إليه وإلى طريقته في حل المسألة. وكان لتجاعي في تقديم الأساليب العلاجية المبسطة الممكنة وممارسة المريض للتدريبات المطلوبة ومن ثم نجاحه الواضح في كسر حاجز الخوف والرهبة من الآخرين دوراً هاماً في تشجيعي أكثر على النخبي في طريق العلاج النفسي والطب النفسي بشكل عام.

ولما كان جديد من المرجعين في حياتي والمبادئ النفسية الأخرى يتكون من هذا الاضطراب، ولما كان العلاج يعتمد في جزء أساسي منه على تعامل المريض ومجهوده في أداء التمارين والواجبات لمقاومة الخوف فقد وجدت أن إعطاء فكرة علمية مبسطة وشاملة حول الموضوع بشكل كتاب سيكون له أثر جيد للمساعدة حول فهم هذه المتكفة وإعطاء المخطوط

المریضة والأساسية لمسيرة العلاج. لا سيما أن المؤلفات العربية حول الموضوع نادرة أو غير مناسبة.

وأعتقد أن هذا الكتاب جيد كثيراً من يمانون من مشكلة المخوف الاجتماعي والارتباك والقلق في المناسبات الاجتماعية. كما أنه مفيد للأخصائي النفسي والطبيب النفسي في إعطاء فكرة عملية وعلمية عن الموضوع مما يساعد في تطبيق المبادئ العلاجية. وأيضاً يمكن أن يجد المدرسين والمدرسات والأيام والأهالي في تعاملهم مع طلابهم وأبنائهم وتشجيعهم على تحقيق شخصيتهم وإتاحة الفرصة لهم في الحديث أمام الآخرين دون مخالفة في المطلق. كما أنه يفيد الفقيه العام والمثقف العربي في الاستزادة من علوم النفس والطب النفسي بما فيه الخير للفرد وللجميع إن شاء الله.

ويضم هذا الكتاب عدة فصول تبدأ بالفهم حول الموضوع ثم بالتعريف مما تعنيه هذه المشكلة ثم أمثلة عملية عليها. ثم تشخيص هذه الحالة وفقاً لمختلف الأساليب التشخيصية. وفصلاً عن الحبل والاضطرابات المتصلة به عند الأطفال ثم فصلاً خاصاً حول الشخصية الهروبية الاجتماعية وفصلاً لتفريق هذا الاضطراب عن الاضطرابات الأخرى النفسية. وأيضاً فصلاً عن انتشار هذا الاضطراب وفصلاً عن المضاعفات المرافقة له. وفصلاً عن الأسباب المختلفة التي يمكن أن تؤدي إلى المخوف الاجتماعي. وفصلاً حول العلاج وأساليبه المتعددة وفصلاً أخيراً حول الوقاية. إضافة إلى

الملاحظات والتي تضم الاختبارات النفسية وملخصات من البرامج العلاجية. وأيضاً المراجع وجدول للمصطلحات والكلمات الإنكليزية ومعانيها في العربية. وفي النهاية خاتمة أدبية. . تلخص موضوع الكتاب لتكون محطة الأخيرة. . مع تذكرة عامة حول مجال الطب النفسي.

وقد حاولت أن تكون لغة الكتاب بسيطة سهلة قدر المستطاع. . كما حاولت أن أقدم عرضاً متكاملًا لما يتعلق بموضوع النوبات الاجتماعي، ونطقت إلى عدد من مشكلات الطب النفسي وموضوعاته محاولاً شرحها بوضوح واختصار للقارئ العزيز. . وفي ذلك توسيع للفائدة. أرجو أن يكون هذا الكتاب مفيداً ونافعاً لكل من يقرأه. . وأن يكون إسهاماً ناجحاً في زيادة الوعي الصحي النفسي.

كما أرجو أن أكون قد وفقت في عملي هذا، والله ولي التوفيق.

د. حسان المالح

جدة، ١٩٩٣م - ١٤١٣هـ

□ المقدمة

إن الخوف الاجتماعي هو من الاضطرابات النفسية المنتشرة. وهو موجود في جميع المجتمعات البشرية ولكن بنسب متفاوتة. وهو موجود منذ العصور القديمة. وقد أورد (أبوفراط) عالم الطب اليوناني الشهير وصفاً دقيقاً لحالات شديدة من هذا الاضطراب. (مراجع رقم ٣٠).

وهناك كثير من القصص حول هذا الموضوع تتضمن فوائد ونصائح للشخص الذي يعاني من الخوف ويحتسب أن يتحدث إلى مجموعة من الناس (وهذه إحدى المواقف التي يخلف بها الشخص المصاب بالخوف الاجتماعي).

ومن القصص المشهورة أن شخصاً كان يتلثم ويصعب الارتباط أمام الناس. وكان يذهب إلى شاطئ البحر وحيداً حيث لا يراه أحد ويضع حصة صغيرة تحت لسانه ثم يتحدث بصوت عال وكأنه يخطب أمام الناس. وتمام على تكرار ذلك. وأصبح فيما بعد من أشهر خطبة فيروان...

ولعله من الغريب أن يضع حصة تحت لسانه وربما ذلك ساعده على التركيز وتذكر تحريك لسانه بشكل مناسب كي يطق

المعروف بشكل أوضح . وربما كان هناك ظهيرات أخرى لذلك .

وهناك عدد من القصص الأخرى حول فن المضطابة وكيف يمكن للإنسان أن يتحكم بنفسه أثناء الحدث أمام الآخرين . سأنتي ذكرها في فصل طرق العلاج .

ولعله من المفيد أن نتذكر أن الطفل الرضيع منذ الأشهر الأولى يتسم بالآخرين عندما يحملونه أو يتوددون إليه . وهذه الانتمية لعلها من أول الإشارات الاجتماعية المصادرة وأبسط أنواع السلوك الاجتماعي عند الإنسان . وتبرز هذه الانتميات ودود عمل إيجابية في الإنسان الذي يترب من الطفل ويأدله الانتماء وكلمات الانتماء وتتولد مشاعر الحب والألفة .

وبالطبع إذا بكاء الطفل هو اللغة الأساسية الطبيعية التي يعبر بها عن مشاعره البسيطة وأصعبها الجرح والألم الجسدي والشعور بعدم الأمان عندما يترك وحيداً . والبكاء هو الإشارة الاجتماعية الأولى التي تبدأ مع ولادة الطفل ونفسه وقتاً طويلاً وتستجيب الأم أو الأب أو من يقوم برعاية الطفل لهذا البكاء ، ويضمن الرضيع استعادة ثوابته ونحتف الأثم الذي لحق به من خلال هذه الإشارة التمييزية الاجتماعية .

ومع نمو الطفل الجسدي والعقلي تطور اللغة التعبيرية عند الطفل وتظهر الانتمية كما ذكرنا ثم تظهر التغيرات الأخرى الانفعالية مثل تعبيرات الوجه والجسم في حال رفضه

نخرج من الطعام أو غير ذلك. كما تبدأ اللغة والكلمات بالشكل السريع ويبدأ الطفل باستعمالها للتعبير عما يريد أو لا يريد بشكل مختصر. ومع مرور الوقت تتحول اللغة وما يرافقها من تعبيرات الوجه والجسم غير اللفظية إلى أسلوب التعبير الأساسي وبوسيلة الاتصال مع الآخرين.

وإذا تتبعنا اهتمام الطفل الرضيع تجاه الآخرين من حوله نجد أنها تستمر وتتحول إلى اهتمام حريصة ثم ضحكة والضحكة ثم قهقهة مسرحة. كما نجد ظهور الأشكال التعبيرية الأخرى الاجتماعية التي يستعملها الطفل الأكبر مما قبل سماح الأوامر وتنفيذ الطلبات البسيطة وإصدار الأتية. وتطور القدرات الاجتماعية مثل اللعب مع الأطفال الآخرين والتكبر وتضيق المفارقة على التبادل وتقديم اللعب إلى الآخرين أو العكس وتبادل ذلك.

والإضافة إلى ما ذكر حول تطور السلوك الاجتماعي عند الطفل فإن الطفل في الشهر السادس من حياته تولد عنده ردود فعل خاصة عند مقابته لأشخاص غرباء سواء كانوا أطفالاً أو كباراً وهو ما يسمى بالخوف من الغرباء. وهو سلوك فطري في أساسه يهي إشارة موج من الخلق في نفسه وسلوكه تجاه مواجهة أشخاص غرباء. ولعل في ذلك فروق عديدة تجعل الطفل يتعلم من الآخرين ونواياهم وتجهيز التصرف لإزائهم بالترجيع. بدلاً من أن ينسج الطفل ويتجاوب لمعظم الأشخاص نجده مكتملاً متوتراً وملياً لا يتجاوب مع أسئلة

الأخريين أو إشارتهم بالاختراع منهم وغير ذلك. وبعد مضي بعض الوقت في الموقف الاجتماعي وشعور الطفل بأن الطرف الغرباء غير مؤذ أو مزعج تختف درجة القلق ويعود الطفل إلى طبيعته البسيطة في التفاعل البيئي مع الآخرين.

وتلعب التمارين اللاحقة المعقدة التي يمر فيها الطفل في المواقف الاجتماعية مع الأشخاص القرباء دوراً هاماً في تحديد سلوكه الاجتماعي في المستقبل. وكما فراديت التجارب المؤلمة في مواجهة الآخرين كلما كان الطفل أكثر قلقاً في المواقف القادمة. ويسهم في زيادة القلق وتلوين التجربة باللون المؤلم درجة انتقاد أهل الطفل له أو الاعتماد عليه أو إحضاله أمام الآخرين. إضافة إلى ردود فعل الأشخاص الغرباء أنفسهم وتصرفاتهم مع الطفل كالإهمال أو عدم الاستحسان أو إزعاج الطفل بشكل أو بآخر.

والطفل الأكثر حساسية أو ربما يتحدد ذلك بشكل كبير بالأسباب الفطرية أو الوراثية يحتاج إلى عدد أكبر من كلمات التطمين أو الاستحسان. والموقف الاجتماعي الذي قد يبدو هادئاً للطفل أو الشخص الكبير يمكن أن يكون تأثيره سلباً وشعوراً بالقلق والتوتر بالنسبة للطفل الحساس.

ووفقاً لإحدى النظريات التنموية فإن الطفل يمر قبل نهاية السنة الأولى من عمره بمرحلة خاصة من تطوره النفسي حيث يشمل طريقة مبسطة في التفكير لتساها أن التجارب المذبذبة والمشعبة التي يمتنع بها من خلال الأم أو الذات الأخرى.

يعتبرها شيئاً جيداً أو إيجابياً ولما الإحباطات المتعددة وعدم تلبية
 رغبته وإحباطه بالألم الجسمي أو النفسي فهي شيء سيء
 أو سلبي . وهذه الطريقة في التفكير جديده وجازمة . فالأسود
 جيد أوسيط ولا يوجد حل وسط . وبهم الطفل ما حاوله من
 أشخاص وفقاً لهذه النظرة الضيقة . وفي تجارب الطفل مع
 الأشخاص المربى الجدد يخطئ الطفل طريقته في التفكير عليهم
 ويحاول بعض الأشخاص إلى رموز الشر والخير للخير .

وإذا كانت تجارب الإحباط والألم كثيرة في داخل الطفل
 فإنه من المفهوم أن تكون تولدته ونظرته عن الآخرين متلثة
 متولع الشر والأذى من الآخرين وبالتالي يكون قلته وخوفه أكبر .

والتطور الطبيعي وتجاوز هذه المرحلة الخاصة من التطور
 النفسي يعتمد على وجود عدد كاف من التجارب اللطيفة
 والصنعة . حيث يؤدي ذلك إضافة إلى النمو الطبيعي الطبيعي
 إلى أن يفهم الطفل أن الآخرين مهم جواب جيد وصالح
 إضافة إلى جواب آخرى سيئة أو غير صالحة . ولكن الجانب
 الجيد هو الأهم . وهذه النتيجة بعد ذاتها مرحلة لأنها تنف
 الفكرة المثالية الجيدة بالخير المطلق . وكثير من الأشخاص
 يصل إلى هذه النتيجة الذاتية متأخرة . وتعتبر هذه النظرية
 النفسية أن حل هذه العطفة الخاصة المرتبطة بنظر الطفل إلى
 أمه والآخرين والجواب المتناقضة للذهنية والمزجعية في
 شخصيتهم يعتمد على درجة الصحة النفسية ، وأن تبت هذه
 الطريقة في التفكير هو جوهر وأساس لكثير من الاضطرابات النفسية .

وقد أبرز الشعراء وبعض الفلاسفة بعض الجوانب المذكورة سابقاً وطرحوا آراء حول طبيعة الإنسان وتكوين النفس. فمنهم من قال بأن الإنسان يستقبل الحياة باليأس وضخموا هذا الجانب واعتبروا أن الحياة كلها شقاء وآلام واكتئاب. والبعض الآخر تحدث عن إشاعة الأطفال وبراءتهم وسلوكهم الاجتماعي الطيب. وأن الإنسان يحب الآخرين بشكل لطيف ويجب أن يكون معهم ويشاركهم في اللعب والطعام وغير ذلك ويحبهم لهم. والبعض الآخر أبرز جانب خوف الإنسان من القرباء ونوقع القدر ممن حوله وتصور نوابغهم على أنها شر وأذى وأن الحياة الإنسانية هي حياة الدباب كل يحاول أن يعيش في لحمة الآخر.

والحقيقة أن كل هذه النظريات تنبعها النظرة الشاملة للإنسان وقد أبرزت بعض المبادئ على حسب حقائق أخرى فكانت النتائج مشوهة ناقصة.

والحياة الإنسانية فيها الخير والشر. والصراع قديم بينهما يخدم الإنسان. ويقول الله تعالى:

﴿وَنَفْسٍ وَمَا سَوَّاهَا ۖ فَأَلْهَمَهَا فُجُورَهَا وَتَقْوَاهَا ۗ قَدْ أَفْلَحَ مَنْ زَكَّاهَا ۖ وَقَدْ سَلَامَ مَنْ زَكَّاهَا ۖ﴾ [سورة الشمس: آيات ٧-١٠].

ومما لا شك فيه أن بعض الاضطرابات النفسية هي تضخيم للأمور النفسية الطبيعية التي تحدث مع كل إنسان ولكنها قد تتطرف وتزداد درجتها وتحدثها تصبح مرضاً واضطراباً مستملاً.

فالحزن الطبيعي يمكن أن يتحول إلى اكتئاب مرضي والفرح العادي إلى هوس مرضي. والخوف (Fear) من القرباء يمكن أن يتحول إلى شك وشعور بالاضطهاد المرضي أو في تطور آخر إلى الخوف الاجتماعي.

والمحفلة أو القلق في أداء أحد الأفعال أمام الآخرين كالتحدث أو إلقاء كلمة، أو الطعام أو الشراب، شعور طبيعي جداً. ويتكوّن المثل العرسي: المكلّ وأخيل ذهنة أو حيرا، عندما يدخل المرء على مجموعة من الناس. وأيضاً من جانب الرجال تهيبهم لأن التهيّب والتقلّب يحصل للإنسان أكثر استعداداً لمقابلة الناس شكل حسن ونشط الخطوة على التكيف (Adaptation)، وهو يحضر المحاضرات أو الخطب أن يحضر كلمته أو محاضراته بشكل أفضل، وأن يكون عارفاً وصالحاً لما يقول، وإلا فإن عمله سيتعرض للانتقاد إذا كان نالماً أو غير مفهوم.

وبشكل عام فإن القلب البشري والأفكار الذاتية التي تدور في بالنا عند رؤية الآخرين والاحتكاك معهم وشعورنا بأن الناس تنظر إلينا وتضعنا وتكون لنا قارة محبة وأوصافاً سليمة وإيجابية هو دافع هام كي يحس الإنسان من مظهره وسلوكه وتصرفاته وكي يكون مثالياً أكثر وأكثر مبطاً لنوازع الشر والرياءات والتصرفات غير المقبولة اجتماعياً. فالتقييم الاجتماعي والأخلاق السامية تتطلب من المرء أن يركي نفسه وأن يضبط شروعه. ويشترك الفرد هو وحده في ذلك من خلال رأيه وآراء

الأخريين وردود أفعالهم واستجابتهم لو استمروا بهم من قول
مبيد أو تصرف شاذ

وهكذا فالقلق الملاقي في مواجهة الناس والعنايات
الاجتماعية المختلفة هو قلق انساني وعميق ولكن عندما تزداد
شدته يكون معطلاً ويؤدي إلى الحسوف والاضطراب والارباك
الزائد ومن ثم إلى تحب هذه المواقف قبح الإمكانيات وهذا
ما يسمى بالخلو الاجتماعي أو الرعب الاجتماعي

وفي الفصول الآتية سيأتي تفصيل عن مختلف مظاهر هذا
الاضطراب والأسباب التي تؤدي إليه إضافة إلى طرق العلاج
ولهذا ذلك .



١ الفصل الأول

تعريف اضطراب الخوف الاجتماعي

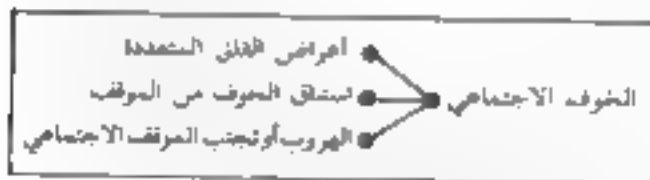
إن مصطلح الخوف الاجتماعي (Social phobia) هو تعبير علمي ومصطلح في الطب النفسي . ويغالبه عدد من التسميات المشابهة مثل الرهاب الاجتماعي ولهاً القلق الاجتماعي (Social anxiety) . واللغة المدرجة تتضمن مصطلح الخجل أو الحياء وأحياناً الارتباك في المواقف الاجتماعية .

وهو يصنف ضمن مجموعة من الاضطرابات النفسية المعنوية أو العصبية تفرقاً عن الاضطرابات الكبري أو الذهانية العقلية .

وعده الاضطرابات العصبية جميعها يجمعها القلق بشكل أساسي وهي تسمى اضطراب القلق . وتضم عدة أنواع . ومنها القلق العام ونوبات الهلع والقلق المحدد . وسهلاً الخوف من الخروج إلى السوق والأماكن المفتوحة والمعلوف المصححة مثل الخوف من الطيران أو المصعد أو الأماكن العالية أو الخوف

من رؤية الدم وغير ذلك. وثيقاً الاضطراب الموسمي القهري والاضطرابات المصاحبة التالية للصدمة. إضافة إلى مجموعة أخرى من اضطرابات القلق غير الوصفية والتي تضم أعراضاً متنوعة من عند من الاضطرابات السابقة. [مراجع رقم ١٦].

وإذا أردنا توضيح ما يعنيه الخوف الاجتماعي بشكل مبسط يمكننا أن نقول بأنه يعني: ظهور أعراض القلق المتعددة في المواقف الاجتماعية. ويرافق ذلك نجساً لوعروباً من هذه المواقف بسبب الألم النفسي والتوتر الشديد الذي يتولد في داخل الإنسان عند تعرضه لهذه المواقف الاجتماعية. وأحياناً لا يحدث هروب من الموقف ويحاول الإنسان جهده الطاء ولكن بجهد كبير وتوتر شديد. وقد يتجهى الفرصة المناسبة للاستحباب وعند ظهورها يتحرك مباشرة ويخرج من الموقف ويخط التوتر. وتولد هذه الحالة نوعاً من الترنب ومشتاق الخوف والتوتر قبل حدوث الموقف مما يربط في حرجة القلق ومحاولات الهروب من الموقف.



وأما أعراض القلق (Anxiety) فهي غشبية وجسمية (Somatic). من هذه الأعراض الحسية: تزايد دقات القلب ونفضاته (الخفقان) (Palpitation).

ومعسوبة التنفس أو ازدياد سرعة التنفس والتعسر
الطبعي (Difficulty In Breathing).

وازدیاد التمرق في الوجه واليدين وكل الجسم
(Perspiration).

والرجفة في اليدين أو الرعشة (Tremor) ضعيف
الماقيس والركشين (Weak Legs).

وأيضاً احمرار الوجه أو اصفراره (Pale Face,
Blushing).

وجفاف الفم من اللعاب (جفاف الحلق) (Dry Mouth).

(انظر ملحوظ رقم ٢) وفيه قبائصة مفصلة عن أعراض
القلق الجسمية.

وأما بالنسبة لضميم القلق النفسي فإن الإنسان يخاف
بشكل أساسي من أن يظفر إليه الناس الآخرون ويختصمونه، ومن
ثم يخاف من أن يُحبط من قدره بكلماتهم أو تعذيباتهم
أو انتقاداتهم، وأيضاً يخاف الإنسان من أن يتصرف بشكل غير
مقبول أو مثير للسخرية أو الضحك كان يرتبك أو يتلعثم عند
المحديث.

وبعض الناس يتنامى الخوف من أن يقول شيئاً ما خطأ
أو بشكل غير مناسب أو أن يفسر كلامه بطريقة سلبية. والبعض
الأخر يخاف مما قد يقوله الناس من مظهره وتعبه وجسمه إذا

اجتمع بالناس وهو يضئد أن الآخرين يستجيدون ذلك ويصفونه بشكل مخجل وفيه انتقاص لشخصه وحرع لكرامته وكبريائه .

وقد يكون الخوف من أن يقد الإنسان مرتكباً وأن يقول عنه الناس أنه غير كفء أو ضعيف .

وأيضاً الخوف بشكل أساسي من أن يحدث للإنسان تلثم أثناء كلامه ويلاحظ الآخرون ذلك وأن هذا لا يليق به وبشخصيته وأحياناً يكون الخوف من أن يتلأ الإنسان بصبر الآخرين في المطعم أو عند ركوب الرورق أو الحافلة . وقد يكون الخوف مرتبطاً بالمظهر الجسمي كثياب الطول والقصر والبدانة والحفاة وشكل الشعر والصلع وشكل الأسنان والأفم والصدر والمؤخرة وأيضاً لون البشرة . وأحياناً ينحول الخوف من الموقف نفسه ومن الاحتذر الذاتية التي تصاحبه إلى أن يحاف الإنسان من أهراض القلب نفسها فتكون شكواه الخوف من الرجفة فقط أو احمرار الوجه أو التلثم ولكن بعد التدقيق في الحالة نجد أن الإنسان يحاف من الموقف حة إضافة إلى الأهراض المصاحبة .

{انظر ملحق رقم (٣) وفي قائمة من المصطلوف الذاتية في حالات الخوف الاجتماعي} .

وباحتصار هذه الخوف في جوهره هو من تقييم الناس الآخرين السلبى للإنسان وتصرفاته في موقف اجتماعي واحد (أو أكثر (Fear Of Negative Evaluation) . {مرجع رقم ١٦ ، ٢٢ .

[١٠ ، ٢٤]

ولما بالنسبة للمواقف الاجتماعية التي يخاف منها الإنسان فهي عديدة ومنها إلقاء كلمة أمام الجمهور . وعادة كلما كان عدد الحضور أكبر كلما كان الموقف أشد صعبة .

ووجود الشخصيات المهمة والأكبر سناً يلعب دوراً أيضاً في صعوبة الموقف ودرجة الخوف منه .

والكلمة الانشائية غير المكتوبة هي عادة أصعب من المكتوبة .

والخوف من هذا الموقف واسع الانتشار بين جميع الطبقات والمهن . وبعض الناس يعتبر ذلك قلقاً عابثاً وطبيعياً وأنه لا يصل إلى درجة مرضية (أو إذا كانت أعراض الخوف شديدة ومعتلة وتعمل الإنسان بهرب من هذا الموقف بشكل مستمر مع أن ظروفه وطبيعته عمله مثلاً تتطلب منه مثل هذا الأداء . وإذا لم يهرب الإنسان من مثل هذا الموقف ، فإنه يتعمله بكثير من الغناء والتمشية وأعراض القلق المهددة ويحاول الصبر والتعاطف بكل جهوده إلى أن ينتهي الموقف . وتستمر أعراض القلق والتوتر والإرهاق بعده عدة ساعات أو أكثر . وتراوده المبرء أفكار عديدة حول أحواله وتصرفاته في الموقف وهو يوزن نفسه ويوضحها عن قول كذا أو فعل ذلك . ويأتي الموقف التالي لمواجهة الإنسان بمخاوف كثيرة وقلق وتوتر بالمرء . وتكرر المعاناة إلى أن يتخذ المرء موقفاً علاجياً لمشكلته هذه ويتعلم بعض الطرق المبتدئة للسيطرة على قلقه ومخاوفه

وينطبق ذلك على المواقف الاجتماعية الأخرى . . ومنها

التمثيل أو أداء عمل ما أمام الجمهور والممثل المشدود عادة ما يشعر بدرجة من القلق والتوتر قد يكون شديداً ومعطلاً ولكن إصراره على عمله والتدريبات المختلفة التي يتلقاها إضافة إلى التشجيع من نفسه ومن الآخرين يلعب دوراً إيجابياً في السيطرة على لطفه وتعبه على الموقف.

والحديث بين مجموعة من الناس بصوت عالٍ كأن يسأل المرء سؤالاً أو يعلق تعليقا على ما يجري في إحدى الاجتماعات أو المحاضرات هو أيضاً موقف شائع ويخافه كثير ممن لديه حالة الضيق الاجتماعي. وقد يكون الطلاب على درجة عالية من الذكاء والفهم ويتابع دورهم بشكل جيد ولكنهم يمتنع عن الإجابة إذا ما سأل المدرس سؤالاً ما. لو يمتنع عن طرح الأسئلة بسبب القلق الشديد الذي يتأهب في مثل هذا الموقف حيث ينظر له جميع الحاضرين ويخصمونه إضافة إلى المدرس. وما لا شك فيه أن طبيعة الحاضرين والمدرس تلعب دوراً في زيادة التوتر والقلق أو نقصانه. فإذا كان التشجيع والاعتماد هو المهيمن العام للموقف ساعد ذلك على تخفيف درجة القلق. وإذا كان الانطواء والتجريح والتعصب هو المهيمن العام ازدادت درجة القلق في الموقف وفي الأفراد الحاضرين.

وأحياناً نجد أنه حتى في المواقف الصاخبة والاجتماعات الأسرية... أن بعض الأفراد يصبه قلق شديد ولا يستطيع أن يتكلم أو يجبر عن رايه أو أن يجيب سؤالاً بسيطاً عن حاله أو دراسته أو غير ذلك وذلك في حالات الخوف الاجتماعي

الشديدة. حيث أن الحاضرين ليسوا غرباء أو أشخاصاً مجهولين بل هم أهل وأقرباء. وتلعب هنا بعض العوامل النفسية الذاتية لدى هؤلاء الأشخاص دوراً كبيراً في نشوء هذا القلق إضافة إلى طبيعة الموقف من حيث الانتقاد والتشجيع.

ومن المواقف الشائعة أيضاً المصحب مع المدير أو المسؤولين وتلعب الثقة في النفس دوراً هاماً في ذلك وقد يكون القلق شديداً وغير طبيعي ويجعل الإنسان مكبلاً وعاجزاً على أن يطلب إحازة أو ترقية أو يحبر عن رأيه للمسؤول أو المدير في أوساط العمل المختلفة. وكثيراً ما يؤدي ذلك إلى جمود الإنسان في وظيفته وربما عدم ترقيه إلى وظيفة أعلى. ومن المواقف الأخرى أن يأكل الإنسان أو يشرب في حال وجوه الآخرين وذلك في المحلات أو الأماكن العامة كالمطاعم. ويحس الناس بهرب من هذه المواقف ولا يستطيع أن يتناول طعاماً أو شرباً في مثل هذه المواقف وقد يتحمل ذلك بصحوة مبالغ وتؤثر شديداً وقد تسقط الصلوة أو الكأس ويذهب الاضطراب والشرع ويضمن الإنسان أنه لم يذهب إلى المطعم. وهو يحزن أن كل الناس تراقبه وتنتظر إلى كيفية طعامه ومذاقه يأكل ويشكل صبحهم وغير والهي مما يجعله لا يستطيع الطعام ويقعد عليه أوقاتاً.

وبعض الناس يرتبك كثيراً ويحلق من أن يصب القهوة ويقدمها للضيوف والقهوة العربية أو الشاي أو العصير. وهو يحاول الهرب من هذه الوظيفة يشتي الطرق كان يطلب من أخيه

الأصغر سناً أو من شخص آخر أن يقوم بهذه المهمة الشاقة
المتعبة (٢٢١)

والبحراني الآخر يرتك كثيراً إذا قلم له غنيمة من الفسوة
أو الشاي أو الماء كي يشربه أمام الناس وترتجف يدها وقد
يحدث الفجأة أصواتاً واحتزازاً وأحياناً يسلط وينكر. وبعضهم
يقطع أن لا يشرب شيئاً أبداً كي لا يتعرض لمثل هذا الموقف
أو أن يسلط الكأس ويضعه جانباً وتطر فترة حتى ينشغل
الآخرين عنه ثم يرتشف وشفات متصلة كي ينتهي من هذا
الإخراج.

وبعض الناس يخاف من أن يصلي صلاة جهرية وهو يؤم
الناس. يحاول الهروب من الموقف ويتجنب غيره للإمامة وقد
يؤدي هذا الخوف إلى الانحدار عن صلاة الجماعة أو الذهاب
إلى المسجد في بعض الحالات.

ومن المواقف الأخرى المتشعبة الحديثة مع الجنس
الأخر في مختلف المناسبات والمواقف حيث يحدث الارتباك
والتيوتر والقلق

ومن المواقف الاجتماعية الأخرى التي يصابها بعض
الناس: إقامة الحفلات ودعوة الآخرين إلى المنزل والذهاب إلى
الحفلات والأعراس وأيضاً التبرية (المراء). والكتابة أمام
الناس. وأن يكون الإنسان مع مجموعة أكبر منه سناً والمواقف
التي يتحدث فيها الإنسان عن نفسه ومشاعره. وأحياناً يكون

مجرد مرور الإنسان في السوق أو غروب المنزل صوفياً مزعجاً ومتهماً يمث على لفتق في حال وجود من ينظر إليه من الناس. وأحياناً يخاف الإنسان من أن يسبح الآخرون المعالون في الغرفة المجلورة صوته أثناء كلامه ولك يتتدوه. وأيضاً يخاف من دبط أزراو الثوب أو القميص اسم الآخرين (مراجع رقم ١١، ٢٠، ٢١، ٢٣، ٣٢).

(أنظر المضمق رقم ١) وفيه قائمة لعدد من المؤلف الاجتماعي التي يمكن أن يخاف منها الإنسان).



□ الفصل الثاني

أمتعة صليبة

□ الحالة الأولى :

شاب وعمره ٢٨ سنة . ذو مؤهل جامعي ويعمل في مؤسسة تجارية منذ ثلاث سنوات . راجع الميالة النفسية وهو يشكو من صعوبة مواجهة بعض الناس والجنس الآخر . وأنه يرتبك وتظهر عنده رجفة في اليدين . وهو يكره الزيارات بشكل عام ولكن يجب عليه أن يقوم بزيارة الأقارب وهو يشكو من هذه الحالة منذ أيام السراقة وحاول جهده أن يخفف من لفته وارتياكه ولكن حالته لم تتحسن . وهو مقل على الزواج بعد حوالي شهرين وقد تم تحديده الموعد من قبل الأهل . وهو الآن قلق جداً كيف سيواجه حفل الزواج والزيارات المديدة الواجبة واستقبال الضيوف . وكيف ستكون حياته الاجتماعية بعد الزواج . وقد اعتبر أن أصعب الموقف هي عندما يأتيه ضيوف أكبر منه سناً وعليه أن يقدم لهم القهوة . وهو يذكر جيداً صفاً حدث له منذ عدة أشهر حينما جمعه ضيوف إلى المنزل واضطر إلى صعب

الفهوه وكيف كان يرتجف قلقاً وبعد أن صاب للزائر الأول بصحبة أزدانته معاتقه عند الزائر الثاني وقال له أحدهم يجلس ونضع الفهوه ونحن نخدم أنفسنا مما جعله يرتبك أكثر. والمواقف السهلة عادة هي التي تتعلق بالأصدقاء من نفس السن.

وفي تاريخه الشخصي . . كان أبوه شخصية قوية وقيادية.

وأمه شخصية قلقة وتتدخل في الأمور بحفظ زائد وتسل هي طمأنينه وبأسه وأحواله بالتفصيل. وتربيته الثاني هي الأبناء الذكور. ولد توفي والده وهو صغير وكان أخوه الكبير مسؤولاً عن الأسرة وكان شديداً في معاملته. ولد اعتبر تربيته بأنها كانت تتصف بالحماية الزائدة. وكان له عدد من الأصدقاء. وبعد المراهقة كانت له بعض التجارب الجنسية المبرحة أثناء السفر. ولد نائب عن البحاصي منذ زمن طويل. وهو إنسان جدي ومثقف ومتمدين وناسح في عمله وموسعة حصة بين أهله والبلدية.

ومن الناحية الجسمية لا يشكو من أية أمراض. وهو يهيج نظاره منذ حيداً سنوات بسبب حصر في النظر. وتشكله الحام حادى ومعدل الفروم.

ومن الناحية النفسية فإنه لا توجد أمراض الفلق الرافضة إلا في المواقف الاجتماعية المذكورة سابقاً. ولا يوجد أية اضطرابات أخرى. ومن ناحية الشخصية لا يوجد اضطراب واضح ولا يمكن اعتباره انطوائياً متمزلاً. ولهت لديه مشاعر واضحة بالانفص وضعف تقدير الذات (Low Self Esteem). وربما لديه بعض سمات الشخصية القلقة.

□ الحالة الثانية :

شاب وعمره ٢٥ سنة . لم يكمل دراسته الجامعية بسبب اضطرابه للعمل . يعمل بعمل كتابي في إحدى المؤسسات منذ سنتين . يشكو من الحرج العام في معظم المواقف الاجتماعية ويحمر وجهه وتشتعل عليه الكلمات إضافة إلى الوجعة في اليدين وقلبات القلب الشديدة في حال مقابله للآخرين . وذلك منذ سنوات طويلة . وتتصف هذه المواقف مثل الإجابة على أسئلة المدرس في معهد اللغة (مع أن نظيره الأول في الامتحانات الكتابية) إلى لقاء بعض الأقاليم الأكرمه سنأ وأهناً في نوساط العمل مع زملائه عندما يكونون مجتمعين لومع رؤسائه .

ويوجد صعوبة في الحديث على الهاتف ولا سيما إذا كان زملاؤه ينظرون إليه . ويرتك كثيراً عندما يرى إمام المسجد (وله به صلة قرابة) ويحدد أن عليه أن يفرج به وسلم عليه .

وعندما يذهب إلى خالته حين تدعوهُ على المشاء هو ورفيق له آخر يكون صامتاً في الغالب ولا يستطيع أن يتكلم .

وقد تلقى بعض الأدوية النفسية لفترة قصيرة منذ حوالي سنتين بعد اضطرابه لترك دراسته ووصف حاله بأنه كان متكدراً وحزيناً .

ومع انخراطه في الحياة العملية توقع أن تزداد جبرائمه ولكن كان يتعرض لإحباطات كثيرة بسبب لرتبائه وعمله . وخلال عمله كان يتميز باللطافة الزائدة ويقوم بعمل ما يطلب منه

ولو على حسب نفسه. وكان بعد صعوبة كبيرة في أن يقول
 لا ألويعشك من أداء عمل لا يحسنه. ولما سلوك بقية الموظفين
 وهو أصغر منهم سناً فكان مزعجاً وكان يسب بعض السلطات
 السائرة من استمرار وجهه وارتبائه وبعد صعوبة بالغة في أن
 يرد عليهم في أغلب الأحيان. لم يكن سعيداً في عمله وكان
 يبحث عن عمل آخر ولا سيما أن المدير لم يكن راضياً عنه
 بسبب ما نقل إليه ظلياً عن إعماله ولتفانيه للعمل. وفي إحدى
 مقابلاته مع المدير قبل ما نصب إليه وخرج به ما دسه عليه
 البعض ولم يستطع أن يجر من نفسه وعن حيلة ما يجري
 بسبب الارتباك والفتنة.

وفي تلوينه الشخصي كان يشكو من الخوف عندما يتعد
 عن بيته وأهله وأيضاً يخاف من الوحدة والظلام، والمصروف
 الليلية حتى من الثانية عشرة. وهو الابن الأكبر لأسرته. وأبوه
 يعمل موظفاً حكومياً والطرف السن بهما كبير. وهو متعلق بوالدته
 وينزعج من مصراع أبيه المتكرر في المنزل وخلافاته مع أمه
 المستمرة وتهديدات الطلاق. كما وصفه بأنه لم يكن يهتم بشه
 وأطفاله.

وكانت طفولته مملوفاً بالخوف. وكان ينحصر بالأم لأنه لا
 يستطيع أن يداخ عن نفسه ويتوانى الأصغر تجمه أبناء الجيران
 المزعجين (لليلي التريية). وقد تعرض منزله الأسرة لهدم جزئي
 بسبب مخطلات الطرق وأثر ذلك في نفسه كثيراً ولا سيما أن
 مظهر أسرته ومنزله كان يتواظراً وغير مقبول. وكان في مدرسته

من الأوتل . وهو ملتزم مهنيًا منذ زمن طويل .

ومن السهولة الجسمية فإن صحته جيدة . وقامته قصيرة
نسيًا ولكنه وسيم الوجه .

ومن الناحية النفسية فهو يشكو من قلق اكتاسي
ارتكاسي (Reactive Anxiety Depression) مرتبط بظروفه العملية
الصعبة وحالة الخوف الاجتماعي التي لديه منذ عدة سنوات .
ومن ناحية شخصيته لديه العديد من صفات الشخصية القلقة
الهروبية (الاجتنابية) (Avoidant Personality, Assessed)
(أنظر إلى الفصل الخامس لمزيد من التفاصيل حول
الشخصية الهروبية).

□ الحالة الثالثة :

شاب وعمره ٣٠ سنة . متزوج ولديه أطفال . يعمل
مهندساً في إحدى الشركات .

يشكو من التوتر والقلق والخوف في بعض المناسبات
الاجتماعية ولا سيما الاجتماعات المهنية . حيث يجب عليه أن
يقدم تقريراً عن سير العمل وأن يتحدث عن مقترحاته وآرائه في
الاجتماعات التي تضم زملاءه وزملاءه . وهذه الاجتماعات
صارت متكررة منذ حوالي سنة .

وقبلها كان يشعر بدوامة من الارتباك وخطفان القلب

والرجفة عند لقاء من هو أكبر منه سناً من الأقارب. وأيضاً عند التحدث مع المفسرين وفي حال وجود مجموعة كبيرة من الأشخاص. وقد تعود أن يشتم لينقي قلبه. وفي كثير من الأحيان بدلاً من أن يرتبك ويتلعثم في إجاباته ترتسم على وجهه ابتسامة صغيرة وحاول بعض الأشخاص يوجه له الملاحظات حول ذلك وأنه يتسم فقط ولا يحب ولكن ينصح في أن ينقي قلبه ويحفظي الموقف بسلام. ولكنه فيما بعد يؤنب نفسه ليعني قلت كذا أو كذا. وهو يعتبر نفسه حسناً ولا يرضى بالمظلم أو الإهانة لأي شخص. وهو يحاول من هو أدنى منه باحترام ولطافة زائدة ونادراً ما يهض أو يؤذي أحداً لو يتفقد من هو أقل منه.

وهو يعتبر أن به صغفاً في الشخصية وهو يحاول أن يثبت نفسه أكثر وأن يدرس أوداه ومواقفه كي تكون كلمته شاملة وناضجة ولسوية. وهو متيق في دراسته وعمله ولديه كثير من الطموحات العملية والابتكارات. ويحاوله أن لا يستطيع النظر في الأمور مباشرة ويعتبر ذلك نوعاً من التحدي لدراماته لو من هو أكبر منه سناً. وشراؤه بعض الاستشارات اللاذعة مما يتولاه المدرس أو المدير ويؤكد في أن يجر من لرائه هذه.

وفي إحدى المرات انزعج من المحاضر وأسلوبه وحلق بشكل ساحر سريع مما أدى إلى إخراجيه من المحاضرة أثناء المرحلة الجامعية.

وفي تاريخه الشخصي.. كان أبوه شخصية ضعيفة وغير جريء وأمه أيضاً ولكن بدرجة أقل. وثلاثه الرابع بين إخوته وهو يتطابق من ضعف أبيه. وتعود أن يكون قريباً من أمه ويلبس طلبتها العديدة ويساعدها في الأعمال المنزلية. وتعرض أثناء دراسته الابتدائية لعدة مقاضات من الطبقة الأفوية وهو يتمنى أن تعود السنين إلى السوراء وتقيم لخصه من بحلي الإهانات والأوصاف المزعجة والمزاج الثقيل. وهو سعيد الأب بحياته الزوجية والعاطفية وظروفه المالية ويعتقد أن شخصيته قد تحسنت وصار أكثر ثقة في نفسه. وهو يحاول أن يثق طريقته المستقل وأن يفهم من نفسه.

ومن الناحية الجسمية لا يشكو من أية لمرض. وشكله العام حادي ومعتدل.

ومن الناحية النفسية فإن طريقته في الكلام سريعة ووسيع ببعض الحروف أثناء اللفظ وقد تعود على ذلك منذ وقت طويل. والقلق والخوف عنده مرتبطان ببعض المواقف الاجتماعية فقط. ولا توجد أمراض أخرى. كما أن شخصيته لا تتوضح فيها صفات مرغوبة (Pathological Traits) وهو يميل إلى التنافس وتبرز عنده الدفاعات النصب والانتقاد والمشاعر العنيفة العدوانية ويقابلها في تركيزه النفسية يبرز مشاعر الطنب وانتقاد النفس والضمير المسمى (Semi-Ive-Conscience) (Guilt-Conscience).

□ الحالة الرابعة :

شاب وعمره ٢٧ سنة عازب ومعمل في شركة خاصة
 لأخيه كتاب للصدور عند حدة سوات يشكو من التوتر ومراقبة
 النفس المستمرة أثناء مقابلته للناس منذ حوالي عشرة سنوات.
 وهو يحس أن الأشخاص الذين يجتمع بهم يطلون النظر إليه
 وأنهم قد تتكون في أذهانهم أفكاراً سيئة عنه وعن شخصيته.
 ولذلك فهو حريص على أن يظهر بمظهر مناسب ولا يقرب ويخشى
 أن يخطئ في استعمال كلماته. ويشكر أيضاً من ازدباد غفلات
 قلبه والتعلم واصفرار الوجه ودهشة خفيفة في الملبس والخوف
 العام عندما يهايل شخصاً للمرة الأولى من خلال زيارات
 المعمل التي يقوم بها عند موته في الأسبوع. ومع الأقارب
 والأشخاص المألوفين عنده يكون قلقه وتوتره أقل ولكنه يحصل
 أن لا يتكلم كثيراً وغالباً لا يستطيع الرد على بعض الكلمات
 الانتقائية التي توجه إليه بطريقة المزاح. ويتزعج كثيراً من بعض
 التعليقات التي تحصل معه كشذوذ الجنسي. ويخطر في بباله
 أن الشخص الآخر ربما يعتبه شخصياً تلصق في الرجلولة.
 ويتزعج كثيراً من المشي في الشارع قرب المعمل حيث يوجد
 أشخاص كثيرون وربما خلق أحدهم بشكل ملهي مما يضطره
 إلى الرد أو (المضاربة). وهو يتجنب مثل هذه المواقف عادة. وهو
 يرغب في الزواج ولا سيما أن شغفه الأصغر قد تزوج منذ مدة
 قريبة.
 وفي تلخيصه الشخصي . . . يتخلى إلى أسرة ريفية ضيقة
 من الناحية المادية.

وقد عاش في المدينة منذ أن كان طفلاً صغيراً وكان زملاؤه يهرونه بأصله. وبالفه موظف وضميف الشخصية. وأما والدته فهي قوية ومسيطره ولولمها كثيرة إضافة إلى وصاياها العديدة لبل مقابله الناس وتحذيرها المستمر من مخاطر الناس. وترتبه الثالث بين إخوانه. ولعد إخوانه الأصغر سناً يشكو من الخجل واللاوثاك أما أخوه الأكبر فهو لوي وناجح. وقد تعود أن يخضع لمسيطرته.

وقد عمل عدد أعمال مهنية قليلة فترتب لبل صله العالي ولم يكمل دراسته الجامعية. وله بعض الهوايات الفنية. وكان يحب الرياضة وحصل على تدريب عال في رياضات الصنف. إلا أنه لم يبق له أن تعرض لأية مشاجرة ولم يتعرض للمثذوذ الجنسي. وهو ذكي وموظف ويسمى إلى تطوير شخصيته وبناء أسرة خاصة به.

ومن الناحية الجسمانية لا يشكو أية أمراض. وجسمه رياضي وملائمة رجولية وحقيقية.

ومن الناحية النفسية يشكو من أعراض الفلق والضوف المرتبط بالمواقف الاجتماعية. إضافة إلى قلقة الصام حول ثقته بنفسه ورجولته. وهذا الفلق مفهوم من خلال شخصيته وطروقه وليس شديداً أو معطلاً. ولا توجد اضطرابات أخرى. وفي إجاباته حول اختبار الإسقاط (Rorschach) (Projective Test) يبرز عنه الضوف من النزعات العدوانية والغضب بشكل متكرر. وأيضاً الفلق حول المواضيع الجنسية

وصورته عن نفسه. ولا توجد انحرافات جنسية. ومن ناحية شخصيته لديه بطى صفات الشخصية القلقة الاجتنبية الهروية بدرجة متوسطة. إضافة إلى بعض صفات للشخصية الوسواسية كالنظام والدقة والنظافة والترتيب والتحليل العقلاني (Obsessive Compulsive Personality Traits).

□ الحالة الخامسة :

فتاة وعمرها ٢٩ سنة. متروكة ولها طفلين. تدرس في الجامعة. وزوجها قريبها وحمل بالجنابة. تشكو من أنها خجولة ولزنتك في مقابلتها للأشخاص القوياء حيث تزيد بكلمات القلب ويحسب لونها. وفي أوساط الأهل والأقارب تكون سلبية ولا تستطيع المشاركة في الحديث بسب القلق وما قد يقال عنها من أمور سيئة. وعندما تحضر حفلة سلبية تحصر نفسها تحضراً طويلاً وتتردد لبل أن توافق على اللصاحب وعد دخولها مكان الحفل تختار أقرب كرسي وتبقى منعزلة لا تستطيع التحويل أمام الحضور أو تغير مكانها عند رؤيتها لأحد من معارفها. وصورتها ضئيف وهماؤها. وهي لا تستطيع أن تنقد أحداً بشكل واضح وحتى الجامعة في المنزل تجد صعوبة كبيرة في التبادلا أو توجه الملاحظات لها حتى عندما تخطئ خطأ وأخفاً.

وهي تنزعج من كونها لطيفة جداً ومعارفها يستحسنون ذلك فيها ويصفونها بإعجاب بأنها شديدة الفوق ولطيفة مع الناس. وأيضاً زوجها يعتبر ذلك من صفاتها الإيجابية وهو سعيد

بهذه الصفات. وهو يثني على هدوتها وبروتها أخصابها ولا سيما أنه عصبي المزاج وسريع الغضب وأسلوبها الهادي يعينه إلى صوابه وهكذا فهي يكملاد بعضها البعض. ولكنه يصفها أيضاً بأنها خجولة وتربك في بعض المواقف دون عبور وهو يشجعها في الفترة الأخيرة على التعبير.

ويزعجها كثيراً الخفاق والرهاد الاحسائي وقد قررت أن تكون واضحة وشجاعة كما تزعمها اهتمامات المرأة المحدودة وسطحياتها وهي تسمى لمزيد من الشاقة والعمل بعد التخرج. وهي تسمى الآن إلى نظرية شخصيتها ومواجهة حباله القلق والارتباك بدلاً من العناية والإحاطة

وفي تاريخها الشخصي أثمرتها من الطبقة المتوسطة التي تحب الظهور بمظهر أعلى وألونها تحبه كثيراً وأنها عصية المزاج كثيرة الانطوائ وهي تفتي بالعلوم عليها في أن تربيتها كانت قاسية شديدة وأن حياتها مرهومة بدقة متناهية وعدد الممنوعات لا يعد ولا يحصى وكانت تنافس علناً شديداً على اقترافها أسط لتصرفات الطفولية البرية وهي الرغم من حبها لأبيها فهي تعتقد أنه قد اشترك مع الأم في هذه الطريقة القوية في التربية وهي البنت الكبرى ولها أخ يكبرها بسنة واحدة وكانت تنافس معه أثناء الطفولة في كثير من الأمور وسها الجري والأكعاب البدنية. وقد درست في إحدى المدارس الراقية وكانت زميلاتها أحسن منها من المناحية المادية والاجتماعية مما جعلها تحس بأنها أقل من غيرها.

وهي صريحة في بيتها ومع زوجها. وترواحها بعض الأحلام
المزعجة الحقة وغير ذلك. وفي اليوم التالي تستغرب كيف أنها
تفكر بمثل هذه الأمور في أسلامها.

ومن الناحية الجسمية لا تشكو من أية أمراض. ومظهرها
جميل وجذاب. وتضع جهازاً لتطويم الأسنان بسبب بروز بسيط
وهي تعتقد أنه لا يجب لها أية مشكلة وقد أهداها كتمراً في
لحسين بروز أسنانها.

ومن الناحية النفسية فهي تشكو من أعراض القلق والحزن
الاجتماعي في كثير من المواقف الاجتماعية إضافة إلى عدد
من صفات الشخصية القلقة الاجتماعية الهروبية. وأيضاً لديها
ضعف في القدرة على التعبير الانفعالي (Emotionally
Expression). وتبرز مظاهر الغضب والتمرد وكسر القيود في
خيالاتها. مما ينعكس سيطرتها على نفسها ومزيد في قلبها
وغولها من نفسها والأحرى. وروعتها في التعبير قوية وظروفها
الشخصية الحالية تساعدنا نحو تحقيق شخصيتها ومواجهته
الغوف الذي يهددها.

❑ ملاحظات:

فيما سق من الحالات تشير عدة نقاط تجدر الإشارة
إليها:

١ - يمكننا التعرف من خلال هذه الحالات على مجموعة من
الأعراض المرتبطة بالحزن الاجتماعي. وتختلف

هذه الأعراض من حالة لأخرى كما تختلف شدتها وموضع المرض منها ودرجة إزعاجها ونسبيلها. ولكن نشترك هذه الحالات بعدد من الأعراض الأساسية.

٢ - هناك عدد من الأمور الهامة في التاريخ الشخصي لهذه الحالات وقد نمت الإشارة إليها باختصار أحياناً. ويشارك كثير من الناس في مثل هذه الأمور أو الأحداث دون أن يكون لديهم حالة الخوف الاجتماعي. والاستنتاج السريع للنظريات النفسية واستخلاص الموصليات والدروس المستفادة من لومنا مثل هذه الحالات قد لا يكون صحيحاً أو علمياً. ذلك أن الحياة البشرية غنية متنوعة وتطور الحالة النفسية لدى شخص ما تحكمه عقوبات وحواسل كثيرة. (أنظر الفصل التاسع حول الأسباب)

٣ - عرضت الحالات بطريقة موجزة ومكثفة. وهذا العرض ليس تحليلاً نفسياً أو سلوكياً مفصلاً وتحليل المفصل يحتاج إلى صفحات كثيرة. والهدف الأساسي من عرض هذه الحالات إعطاء فكرة حسنة عن الحالات النفسية المرتبطة بموضوع الكتاب. إضافة إلى تقديم بعض المعلومات الطبية والمصطلحات المفيدة لكل من يهتم بالاستزادة من علم الطب النفسي.

٤ - في نهاية كل حالة يحضر التعليقات الطبية النفسية حول التشخيص والشخصية وموضع المرحل النفسية المستخلصة من الحالة. ولا تهدف هذه التعليقات إلى إعطاء صورة

دقيقة وشاملة للحالة النفسية فإن ذلك يتطلب عرضاً أوسع
للمعلومات الأساسية عن كل حالة.

والفائدة المرجوة هي إعطاء فكرة موجزة عن التشخيص
ضمن عدة محاور وليس التشخيص المختصر بكلمة واحدة
فقط. وهذا ما يحظى فوائد علاجية حيث يتم البرنامج العلاجي
وفقاً للمد من النقاط ومنها شخصية المريض والعوامل النفسية
المحاسة به. حيث تنحصر أساليب التشخيص الحديثة إلى تقسيم
حالة المريض ضمن عدة محاور مختلفة مثل التشخيص
الأساسي، والتشخيص الإضافي المشترك، وحالة الشخصية.
وأيضاً الاضطرابات والأمراض العضوية، ودرجة الأداء العملي
والاجتماعي. إضافة إلى درجة الضغط النفسي الاجتماعية.
[مراجع رقم ١٦].

وهناك محاور أخرى إضافية مثل العوامل النفسية
الدynamية ودرجة الذكاء وغير ذلك ، مما يهدف إلى إعطاء
تفاصيل متكاملة عن الحالة المرضية في الدراسات النفسية



التشخيص

لقد مر تاريخ تشخيص الاضطرابات النفسية بمراسل ومنطقات عديدة خلال تاريخ الطب والتاريخ الإنساني . ولعل الطب النفسي يختلف عن فروغ الطب الأخرى في هذا الموضع حيث أن المصطلحات الطبية النفسية لا تزال أكثر غموضاً لدى الناس مقارنة مع مصطلحات فروغ الطب الأخرى . كما أن كثيراً من المصطلحات النفسية والشائعة لا تزال تتروك على ألسنة الناس تصف عدداً من الحالات النفسية بشكل مزيج ومبهين يساعد على عزلة المريض عن الآخرين ويضع المريض ضمن إطار حديثي مصعب الخروج منه والشفاء . .

والنسبة الطبية هدفها الأساسي تحديد سلائع المرض وأعراضه وما يتعلق به من أسباب ومضاعفات وأيضاً طرق العلاج . واستعمال التسميات الطبية يساعد على سهولة التفاهم بين المشتغلين في العلوم الطبية لتبادل المعلومات وإجراء الأبحاث المختلفة على مختلف الحالات المرضية . والإنسان

العادي بهمه معرفة تسمية المرض أو الاضطراب الذي يعاني منه
مما يسهل عليه معرفته بطرق الوقاية والعلاج وإصدار المرض
وتطوره في المستقبل.

ويضيف إلى فئوته على السيطرة على نفسه وعلى فهمه
لأعراضه المرضية بدلاً من أن يكون حائلاً بما يجري في
جسمه من آلام وأعراض مزعجة ولا يدرك لو يفهم ما الذي
يحدث له .

وإذا تطور الطب النفسي قد ارتبط بتغير عدد من
التسميات والمصطلحات الطبية واشتدكار مصطلحات جديدة .
وبحسب ذلك حيوية هذه المجال الطبي والبحث المستمر نحو
الأفضل بما يتناسب مع التطور العلمي وخدمة المريض نفسه .
ولكن لا يزال كثير من المصطلحات الطبية النفسية غامضاً
وصعب الفهم والحفظ ونحتاج هذه المصطلحات إلى جهد
خاص لاستيعابها وتداولها . وبعض الأطباء يعتبر ذلك أمراً طبيعياً
مرتبطاً ببلية العلوم الأخرى التي لها مصطلحاتها الخاصة .
والبحسب الآخر يرفض كثيراً من هذه المصطلحات ويفضل أن
يتعمل لغة بسيطة غير معقدة وهناك فئة وسطي نجد أنه
لا غنى عن التسميات والمصطلحات ولكن غريبها وتبسيطها أمر
مطلوب مما يساعد على انتشار الثقافة النفسية ويزيل كثيراً من
الغموض والرهبة المرتبطة بالطب النفسي والاضطرابات
النفسية

وعند تشخيص الاضطرابات النفسية وفقاً لقواعد محددة

ونتيجة تبرز مشكلات عديدة ويظهر كثير من الاختلاف بين مختلف المدارس والمذاهب الطبية. فلك أن تعرف الاضطراب والأعراض وتحدثها ومدتها وتفرقها عن الحالات الطبيعية يعتبر من المشكلات الكبيرة التي تواجه الطب النفسي. ومع أن جهوداً كبيرة قد بذلت ولا تزال تبذل للاهتمام حول مضمون اضطراب نفسي معين ومن مختلف المدارس والمجتمعات فإنه لا يزال هناك العديد من المشكلات التطبيقية والنظرية.

ونظراً سرعة إلى الوضع الحالي نشير إلى أنه قد حصل تقدم ملحوظ خلال السنوات الأخيرة من صدور دليل تشخيص الاضطرابات النفسية الأمريكية الثالث عام ١٩٨٠. حيث صدر دليل موسع لتشخيص كل اضطراب نفسي على حدة اعتمد بشكل أساسي على الطر إلى الاضطراب النفسي المحدد بأنه تنافر أو عتلازمة (Syndrome) من الأعراض المرضية تجتمع معاً وتشكل الاضطراب. وهناك تحديد لهذه الأعراض وتحدثها وعددها الأدنى الذي يجب توافره في المريض كي نطلق عليه تشخيصاً معيَّناً.

وقد تم تطبيق هذه الطرق في التشخيص بشكل تجريبي على أعداد كبيرة من المرضى قبل اعتمادها وحدثت تعديلات وتحسينات متعددة إلى أن ظهر الدليل في شكله النهائي. وقد كان له تأثير في عديد من دول العالم وكان عناصر دليل تشخيص الاضطرابات النفسية العالمي الذي تصدره منظمة

الصحة العالمية. وقد تم تعديله في عام ١٩٨٧ وفقاً لنتائج العديد من الأبحاث المختلفة وظهر في طبعته الممددة (مراجعة رقم ١٦).

ومن خلال المزيد من المحاور والمؤتمرات والأبحاث حدثت تغيرات واضحة بين الدليل الأمريكي والدليل العالمي في طبعته الأخيرة والتي تصدر في عام ١٩٩٢. وقد تغيرت عدة مصطلحات وتغير تشخيص بعض الاضطرابات وتحدد بعضها الآخر بشكل أكثر وضوحاً. كما ألغيت بعض الاضطرابات الأخرى.

ومما لا شك فيه أن هذا التطور مفيد ولكنه لا يزال الباب مفتوحاً لمزيد من التعديل والأراء حول طريقة تشخيص الاضطرابات النفسية ومصنوع كل اضطراب على حدة وما يرافقه.

وقد نمونا في تشخيص كثير من الأمراض الجسمية الطبية على ما يسمى بالتشخيص البيئي (Etiological Diagnosis) أي من خلال معرفة السبب المؤدي إلى المرض مثل التهاب اللوزات الجرثومي أو التهاب البلعوم الفيروسي وغير ذلك. حيث إن السبب معروف وهو العامل الجرثومي أو الفيروسي الذي يصيب منطقة معينة من الجسم وسببت فيها الاضطراب. وقد توصل الطب إلى معرفة الكثير من العوامل المسببة للأمراض الجسمية ولا يزال الفم عرض يكتشف بعضها الآخر.

وأما في مجال الطب النفسي فإن الصورة تختلف كثيراً..

حيث لا تزال غالبية الاضطرابات النفسية هيرو محددة الأسباب
تحددأ دقياً. وهناك عدد من الفرضيات والنظريات حول
الأسباب. وبعض النظريات النفسية لا تجد تأييداً تجريبياً قوياً
وبعضها الآخر أكثر إقناعاً وعامة ودليلاً علمياً.

والنظرة المتوازنة لتفسير الاضطرابات النفسية تعتمد على
عدة عوامل يطلق عليها اسم العوامل العضوية - النفسية -
الاجتماعية. حيث ينظر للاضطراب النفسي من عدة زوايا
مختلفة كالعوامل الوراثية والكيميائية والبيولوجية والجسمية
إضافة إلى العوامل النفسية الذاتية والتعلم إلى العوامل
الاجتماعية والثقافية وطرق التربية والظروف المحيطة بالإنسان.

وهذه النظرة الشاملة المتكاملة قد أثبت نجاحها بشكل
عام من خلال فرضياتها عن شدة الاضطراب النفسي والأساليب
العلاجية المتبعة المحوابة. فالمعالج النفسي ليس دواء يأخذه
الإنسان من الميضية ثم يشفى. كما أنه ليس كلاماً طيباً يسمعه
المريض من الطبيب ثم يشفى. وبالطبع فإن كل اضطراب
نفسى يختلف عن غيره من حيث استجابته لنوع واحد من أنواع
العلاج. وتلعب الظروف الاجتماعية والثقافية والاقتصادية دوراً
هاماً في نوعية العلاج المتوفر. والمعالج الصحيح المتكامل قد
لا يكون متوفراً للجميع نظراً للعوامل المدعقة المرتبطة به.

وأما بالنسبة لمصطلح الخوف الاجتماعي فقد برز
كتشخيص مستقل عام 1980 في دليل تشخيص الاضطرابات
النفسية الأمريكي. وقبل ذلك كان يعتبر جزءاً من القلق العام

أوحالات الخوف أو اضطرابات الشخصية دون تحديد واضح . وقبل ذلك كان للموسسة الشوكية دوراً هاماً في إلغاء الضوء على هذا الاضطراب حيث يسمى ثحياناً القلق الاجتماعي . وتمت دراسته من عدة جوانبه . وبعد ذلك زلبد الاهتمام به من قبل الأطباء . وأجريت كثير من الدراسات حول صفات الشخصية والطروف التربوية والاستجابة لعدد من الأدوية وغير ذلك . ولكن إذا طور الاهتمام الذي لاقته اضطرابات القلق الأخرى ومنها حالات القلق العام والخوف من الخروج من المنزل أو الخوف من السرقة (Agoraphobia) فإنه يمكن القول بأن الخوف الاجتماعي كاضطراب عسي لم يأخذ القدم الكافي من الاهتمام والدراسات . ويشير إلى ذلك أحد السمات العلمية الهامة وعنوانه «الخوف الاجتماعي» . أحد اضطرابات القلق المهمة: ١٩٩٠ . [مرجع رقم ٢٦]

ويشير هذا الاضطراب غالباً لدراسة العلمية الدقيقة من مختلف الجوانب العصبية والفسيولوجية والاجتماعية ولا يزال الباب مفتوحاً لإلقاء المزيد من الضوء على جوانب هذا الاضطراب المختلفة . وأول المشكلات التي يجب أن نأخذ بعين الاعتبار من الحلول والانصاف هي عناصر التشخيص منه . ويتطلب التشخيص وفقاً لدليل تشخيص الاضطرابات النفسية الأمريكي توفر الأمور التالية :

١ - حالة الخوف المستمرة من واحد من المواقف الاجتماعية أو أكثر . حيث يتعرض الإنسان إلى احتمال تفحصه من

للب الآخرين. ويخاف من أن يعمل خطأ ما لو يتصرف بطريقة خاصة تؤدي إلى إهائته والتقليل من شأنه أو إلى الارتباك. ولمسة ذلك أن لا يستطيع الاستمرار في الكلام أثناء الحديث أمام الناس. أو يقصر بالطعام أثناء تناوله أمام الآخرين. وأن لا يستطيع تناول في المراسم العامة. وأن ترتجف يده عند الكتابة أمام الآخرين. وأن يخشى من أن يقول أموراً حشواً أو أن لا يستطيع الإجابة على الأسئلة في المواقف الاجتماعية.

٢ - في حال وجود اضطراب نفسي آخر أو اضطراب عضوي فإن الخوف غير مرتبط بذلك. وعلى سبيل المثال فإن الخوف ليس من حدوث نوبة الهلع أو القلق الحاد كما في اضطراب القلق المسمى بحالة القلق الحاد أو الهلع. وأيضاً ليس الخوف من التلصص كما في اضطرابات الطق والتأتا (Stuttering) وأيضاً ليس الخوف من الرفض كما في مرض باركنسون (الشلل الرعاش) أو الخوف من ظهور شوك غير طبيعي مرتبط بالطعام والاكل كما في الفس (المصبي (أو العصاسي) (Anorexia) والهيام المصبي (شدة الهم للاكل) (Bulimia). (وهذان الأخيران من اضطرابات الطعام النفسية المستقلة بذاتها).

٣ - خلال إحدى لمرات هذا الاضطراب يحدث عند التعرض للموقف المثير للخوف (أو للمواقف) رد فعل فوري يتميز بالقلق.

٤ - يحدث تجنب للصوقف المسوق (أو المواقف) أو أن الموقف محتمل ولكن يفلت وتوتر شديد.

٥ - إن تجنب المواقف والسلوك الهروبي يتدخل في أداء الإنسان المهني أو في نشاطاته الاجتماعية العادية أو في علاقاته مع الآخرين، أو أن هناك انزعاج شديد لدى الإنسان لأن له هذا الخوف.

٦ - يدرك الإنسان أن خوفه مفرط في درجة أو أنه غير منطقي.

٧ - إذا كان الإنسان تحت عمر الثامنة عشرة فإن الاضطراب الذي لديه لا يطبق عليه تشخيص الاضطراب الهروبي عند الأطفال والمراهقين.

وأخيراً يجب تحديد ما إذا كان الاضطراب متممًا، حيث يكون الخوف من معظم المواقف الاجتماعية. وعندها يصح لي حين الاعتبار، التشخيص الإضافي وهو الشخصية الهروبية. [مرجع رقم ١٦].

وكما هو واضح من النقاط السابقة فإن تشخيص الخوف الاجتماعي يمكن أن يكون من خلال موقف اجتماعي واحد أو عدة مواقف يخافها الإنسان.

وبالتطبع فإن كثيراً من الناس يخاف من أن يتكلم أمام جمهور كبير وهذا شعور طبيعي ولا يصل إلى درجة الاضطراب إلا إذا كان ذلك الخوف والهروب من الموقف يسبب للإنسان

قلقاً شديداً أو يؤثر على حياته المهنية أو على علاقاته الاجتماعية . وحالة قلق الإنسان العادي مضطرب ويخاف من المواقف الاجتماعية ولكنه يتعود على الأداء في هذه المواقف بعد عدة مرات وقلقه وخوفه يخف مع تكرار مواجهته للموقف .

ومثال ذلك الخطيب أو الممثل الذي تربط حياته المهنية وعمله بالتحدث أمام الناس فإذا كان يخاف من هذا الموقف بشكل مستمر ويحاول أن يتجنبه لئلا يلقى عواقب سلبية لهذا الخوف الذي يتأبه ويحس أنه مضطرب أو غير منطقي فإن تشخيص الاضطراب عنه يكون مؤكداً . وحضر الناس قد لا يعبر مباشرة على أن خوفه مضطرب في ترجمته أو أن هذا الخوف غير منطقي أساساً ويشكو من أعراضه ولا يدرك أن خوفه مضطرب ولكن بعد مزيد من الحوار يمكنه أن يدرك أن خوفه مضطرب أو غير منطقي . والبعض الآخر يمكن أن يشعر أن خوفه مضطرب وهو يخاف أثناء الحديث أن يلقعتم وأن ذلك قد يحدث عند الحديث أمام الناس وفيهم أشخاص مهمين وأفضل منه ولكنه يدرك أنه خوفه مضطرب في ترجمته . والبعض الآخر يشعر أن خوفه غير منطقي كأن يرتبك أو يخاف من الحديث أمام مجموعة من الطلبة فيخار السن أو الأطفال مع أنه بالغ عاقل وكبير في السن .

وأما بالنسبة للنقطة الثانية فهي عدم ارتباط الخوف بأعراض اضطراب نفسي آخر أو عضوي . وهذا الخوف يطلق عليه اسم الخوف الاجتماعي الثانوي أو التالي لاضطراب آخر . وقد أدخلت هذه النقطة في دليل التشخيص الأمريكي عام

١٩٨٧ ولم تكن مجموعة في ذلك عام ١٩٨٠. والناية من ذلك تحديد مجموعة من المرضى يشتركون بعدد ووضح من الصفات وأيضاً توصيح التشخيص مما يؤدي إلى إضلاق التشخيص على مجموعة من الحالات أكثر تحاشاً (Homogenous group) وهذا ما يفيد في الأبحاث والدراسات المتنوعة ومن الناحية العملية فإن هذا التفریق ضروري أيضاً في كثير من الحالات لاختلاف أنواع العلاج.

وهناك عدد من الملاحظات حول عناصر التشخيص السابقة - ومنها صعوبة التفریق بين الحروف الطبقي والحروف المرضي. وكما ذكر سابقاً فإن الحروف المرضي يتميز بأنه حروف مستمر يرافقه قلق شديد وتعب للمواقف إضافة إلى التأثير السلبى على الحياة المهنية والعلاقات الاجتماعية. وهذا التفریق قد لا يكون أمراً سهلاً في عدد من الحالات.

والمشكلة تكمن في انشاء حالات شديدة وتضعفها بالاضطراب وإهمال الحالات الخفيفة أو المتوسطة الشدة. وهذا ما يسمى الإفراط في التشخيص فوظف استخدام التشخيص (Underdiagnosis) والمشكلة المعاكسة هي إطلاق التشخيص بسهولة. وفي حالات قد يكون القوف بها مؤقتاً وغير مستمر لفترة كافية وهذا ما يسمى الإفراط في استخدام التشخيص (Overdiagnosis)

والحقيقة أن تحديد القوف المستمر أو درجة التأثير السلبى على الحياة المهنية ليس أمراً سهلاً. ومن الخطر

المتكئة تقسم حالات الخوف الاجتماعي إلى عدد من الدرجات مثل أن نقول اضطرابه خفيف أو متوسط أو شديد. وهذا التقسيم موجود بالنسبة للخوف من الخروج إلى السوق [مراجع رقم ١٦]. ويحتاج هذا العمل إلى مزيد من الدراسات والمناقشات في الدوائر العلمية

والموضوع الآخر هو الخوف الاجتماعي المتعمم حيث يخاف الإنسان من عدد من المواقف الاجتماعية. وهنا يصعب أولاً هذا التحديد فما هو هذا العدد ثلاثة مواقف أو أربعة أو أكثر حتى نقول أنه متعمم. وثانياً علاقة هذا التحديد في حال كونه معتمداً باضطراب في الشخصية يسمى الشخصية الخائفة الاجتماعية (Anxious, Avoidant Personality)، والخليفة أن بعض الباحثين يعتبر أن الخوف الاجتماعي وهو أحد أنواع اضطرابات القلق يجب أن يكون محدداً بمرقب اجتماعي محدد. وإذا كان متعمداً فهو ليس اضطراباً من اضطرابات القلق والخوف بل هو اضطراب في الشخصية. ولا يوجد دليل واضح على هذه النظرية إضافة إلى تبسيطها المبالغ فيه للمشكلة.

وأخيراً، فإن اضطرابات القلق لها بداية محددة في تاريخ الإنسان. وحالة الخوف الاجتماعي تبدأ عادة في سن المراهقة أو بعد ذلك بقليل أي من ١٥ - ١٧ سنة (بعض الحالات تبدأ بعد ذلك). ولما اضطرابات الشخصية فهي تبدأ عادة في بداية مرحلة الشباب حيث تتحدد ملامح الشخصية المصطنعة حوالي سنة الثالثة عشرة. والشخصية الاجتماعية الهروبية لها عدد من

الصفات والملاصق مثل صفة الهروب من إقحامه علاقة اجتماعية ما وتجنب ذلك إذا لم يكن هناك ضمانات بتقبل الشخص بشكل كامل دون انتقاد. وأيضاً التحيز العام وعدم المتسامرة ونقصهم المحاطرة في مختلف المسور العيلة وغير ذلك . .

(انظر الفصل الخامس حول الشخصية الاجتماعية المقلقة).

وهكذا يمكن في عدد من الحالات التفريق بين اضطراب الخوف الاجتماعي المتعمم وبين الشخصية الاجتماعية الهروبية ولي بعض الحالات يمتزج كلاهما. وأما في بعض الحالات الأخرى، فإن صفات الشخصية الهروبية لا تكون كثيراً واضحة لو تكون هناك بعض صفات لأنواع أخرى من اضطرابات الشخصية.

ويعتقد بعض الأطباء أن التفريق بين الخوف الاجتماعي المتعمم والشخصية الاجتماعية الهروبية ليس له أهمية عملية كثيراً حيث أن كلاهما يحتاج إلى التدبيب واكتساب المهارات الاجتماعية وأحياناً العلاج الدوائي وغير ذلك. وأهمية التفريق بينهما لها أبعاد نظرية معقدة. ويحشد المتصبون من مدرسة التحليل النفسي أو محاولات التفريق هذه غير مفيدة حيث أن القلق أو المخاوف وغيرها من الاضطرابات النفسية مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بتطور الشخصية وتكوينها ولا يمكن علاج الخوف وحده بمعزل عن تعديل الشخصية نفسها.

وأما تشخيص الخوف الاجتماعي في قليل تشخيص

الاضطرابات النفسية الطولي الأخير [مراجع رقم ٢٢]، فهو مشابه في مضمونه العام للدليل تشخيص الاضطرابات النفسية الأمريكية ولكنه أكثر غرضاً في تحديد العناصر الأساسية للاضطراب وأيضاً بالنسبة لمعالات الخوف الاجتماعي الشفوي لاضطراب هيسوي. وأيضاً بالنسبة لصلالة هذا الاضطراب باضطرابات الشخصية حيث اعتبر الدليل صفتان وهما من صفات الشخصية أنها توافق عادة الأعراض الأخرى لاضطراب الخوف الاجتماعي وهما الخوف من الطرد وتدمير الذات المنخفض. ومن النقاط الإيجابية في الدليل المذكور أنه أوضح أن بعض المرضى يعتبرون جزءاً من أعراض الفلق التي نصابهم كالرحمة أو استمرار الوجدان أنها هي المشكلة الأساسية وليس الخوف من الموقف الاجتماعي.

وقد قام عدد من الباحثين بإصدار استبيانات (Questionnaire) ومقاييس خاصة لتقدير حالة المصوب الاجتماعي، مثل استبيان الخوف (١٩٨٢) (ساركس - ماثون) [مراجع رقم ٣٩]. وهو يضم خمسة مواقف اجتماعية وطلب من الشخص أن يحدد درجة تحبه لهذه المواقف. وفي عدد آخر من المواقف المتعلقة باضطرابات الخوف الأخرى.

وأيضاً مقياس التوتر ونحسب المواقف الاجتماعية (١٩٦٩) (واطسن - فريند) [مراجع رقم ٢٦]. وهو يضم ثمان وعشرين عبارة ويطلب من الشخص أن يضع إشارة صح أو خطأ على العبارة التي تنطبق عليه

وأيضاً مقياس الخوف الاجتماعي (١٩٨٧) (ليبولتز)
[مراجع رقم ٢٧]. وهو يضم أربعة وعشرين موقفاً ويقوم
الفاحص بتسجيل إجابات الشخص المضمون وفقاً لشدة درجة
القلق عند مواجهة الموقف وأيضاً تسجيل درجة تجنب الموقف.

[انظر إلى الملحق رقم ١] وفيه تسليان للمواقف
المتعلقة بالخوف الاجتماعي ويضم ٣٧ موقفاً يشترك في الإجابة
عليه الشخص المضمون والفاحص أحد المؤلفين لاسباب مع
البيئة العربية الإسلامية. وهو يعتمد على عدد من المقاييس
والاستبيانات مثل مقياس الخوف الاجتماعي (ليبولتز) واستبيان
المواقف الاجتماعية [مراجع رقم ٣٢]، واستبيان الخوف
(ماركس - ماثور).

وتشتمل هذه المقاييس لإعطاء درجة خاصة للاضطراب
عند الشخص المريض وذلك عند إجراء الدراسات العلاجية
وغيرها وملاحظة مدى التمس في درجات الخوف.

ويمكن استعمالها أيضاً في التشخيص وفي إعداد
المخطط العلاجي بالتعاون مع المريض. ولم يثبت تفوق
مقياس على غيره وفي بعض الأبحاث يستعمل الباحث عدة
مقاييس معاً.

وكما هو واضح مما سبق فقد حصل تقدم واضح في
تشخيص الاضطرابات النفسية وتشخيص الخوف الاجتماعي
وتبقى بعض المشكلات التي تحتاج إلى حلول مفيدة [مراجع

رقم ٢١]. وفي العالم الثالث تظهر مشكلات إضافية مرتبطة بموضوع التشخيص حيث تبرز أهمية الاختلافات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية عن المقول الأخرى، وتبرز التجربة الصلبة في التعامل مع الاضطرابات النفسية أهمية هذه الاختلافات وفسروا الاهتمام بها ودرستها والتعريف على نقاط الاختلاف بين مظاهر الاضطراب النفسي في مجتمع معين مقارنة بالمجتمعات الأخرى. وهناك عدد من المصطلحات المفيدة [مراجع رقم ١٧]. ولا يزال الباب مفتوحاً لتمام المزيد من الدراسات والمساهمات في هذا المجال



الفصل والاضطرابات المتعلقة به صحة الأطفال

إن النمو الطبيعي للطفل يتميز بمرور عدد من المراحل. وهذه المراحل لها سماتها المميزة من حيث تطور القدرات الحسية والمعرفية والسلوكية.

ويمر الطفل بمرحلة الحسرة من الأشخاص الضرباء منذ الشهر السادس وحتى السنين ونصف من العمر وهذه مرحلة طبيعية كما ذكر سابقاً وحسرة الأطفال يظهر نوعاً من الضجيج والاعتماد على الأهل عند اللقضاء مع الأهل أو الأصدقاء أو الأشخاص الضرباء وهذا الضجيج هو حالة طبيعية في كثير من الأحيان ولا سيما في حالة الطفرة الفم. ويساعد المجتمع على ذلك حيث أنه يتوقع من الأهل أن تكون أكثر ميلية وتحفظاً من الذكر كما يتوقع من الذكر أن يكون أكثر انطلاقاً وجرأة واعتماداً على النفس وأكثر عدوانية أيضاً.

وعندما يكون الخجل على درجة شديدة ومستمرًا تستأشر على الأقل يمكن حثها أن تسمى اضطراباً نفسياً. ويسمى عند الأطفال بالاضطراب الاجتماعي (الهروسي) (Avoidant disorder) وهو أحد أنواع اضطرابات القلق عند الأطفال. وهي اضطراب قلق الانفصال (Separation Anxiety) واضطراب القلق المفرط (Over anxious disorder).

واضطرابات القلق عند الأطفال قد تستمر إلى مرحلة الشباب وعندما تظهر بعض التسميات والمصطلحات. وبعضها الآخر يتحول إلى اضطرابات نفسية لغيره. وفي الحالات الأخرى تتحسن هذه الاضطرابات وتزول مع مرور الطفل وتعلمه أساليب تكيفية صحيحة ولا سيما في الحالات التي يعطي فيها الطفل اهتماماً أكبر ورعاية خاصة لمساعدته على تجاوز حاك وفي حال توفّر الظروف الملائمة لتطوره الطبيعي وهذا ما يهدف إليه العلاج النفسي للأطفال.

ويكثر الاضطراب الاجتماعي (الهروسي) عند الإناث أكثر من الذكور ولكنه يظهر عند الذكور بشكل مبكر. وتلعب العوامل التكوينية المزاجية دوراً في هذا الاضطراب. كما أن الحرمان من أحد الأبوين أو كليهما له دور في ذلك. إضافة إلى الإيذاء الجسدي أو الجنسي (physical or sexual abuse) الذي قد يتعرض له الطفل. وبعض الأبناء مسيطرون وأقوياء وبعضهم الآخر يشكو من التلعثم والخجل. وفي حديد من الحالات

يتمرض الطفل للاضطهاد والتقصير في نمو الأسرة وإمام الضيوف والغريباء.

وينتشر هذا الاضطراب أكثر بين الأطفال الذين لديهم أمراض جسدية شديدة كالحمى الرثوية (الحمى الروماتيزمية) (Rheumatic Fever) والكشوحات العظمية المختلفة وغير ذلك من العاهات الجسدية مما يذهب إلى صعوبة تكيف هؤلاء الأطفال مع أقرانهم الأطفال ومشاركتهم في اللعب والنشاطات الرياضية المختلفة، ويجعل قدراتهم الاجتماعية ناقصة وغير كافية.

وينتشر أيضاً بين الأطفال المنزولين مع أهلهم. أو الذين ينتقل أهلهم كثيراً في عدة مدن أو بلدات مختلفة حيث يفقد الأطفال الخاصة بحالات مستمرة ويعسرون تعليم المدارس الاجتماعية المختلفة (مراجع رقم ١٦ - ١٧)

وتلعب اضطرابات تطور اللغة والنطق (Language and speech disorders) دوراً مهماً لهذه الاضطرابات. وهذه الاضطرابات تشمل اضطرابات نطق بعض الأحرف وأيضاً الإدخال والاحتف (Omission and substitution) وأيضاً نقص القدرة على التعبير اللغوي الصحيح حيث يستعمل الطفل قواعد مبسطة وجمل قصيرة إضافة إلى صعوبة تعلم كلمات جديدة. وهذه الاضطرابات القوية تكون عادة مرحلية (developmental) ومرتبطة بالنمو. وهي تتحسن تلقائياً وتزيد الشده من إمكانية التحسن.

ويسمى أيضاً للاضطراب الاجتماعي الهوسي وجود أحد أنواع اضطرابات القلق عند الأم. [مرجع رقم ١٦].

وقد تكون الأسباب أكثر غموضاً وتعقيداً وتلعب عدة عوامل معاً دورها في نشوء هذا الاضطراب.

(انظر إلى الفصل التاسع حول أسباب الخوف الاجتماعي).

والملاحظ الأساسية لهذا الاضطراب هي الابتعاد عن إقامة علاقات جديدة، مما يؤدي إلى تأثير حاد الطفل في علاقاته الاجتماعية. وتسير علاقة الطفل مع أمه بشكل طبيعي ولكن يقلب عليه السلوك الاجتماعي والطلبات الذاتية الكثيرة ويصوب بهرب من الألعاب التنافسية الرياضية وغيرها. وفي المراتب والمواقف الاجتماعية يحاول الطفل الاعتناء أو يتكلم بصوت منخفض ويهيم هماً في إحدى أخرى. وتظهر عند أعراض الارتباك واحمرار الوجه وانخامس حينما يكون عاجزاً ومتعجزاً مع أهله. ولا يوجد لديه أي اضطراب في الذكاء عامة.

وإذا أجب على المشاركة في المواقف الاجتماعية يصبح مشوّراً وربما يبكي ويصرخ ويرفض المشاركة. ويصر على الابتعاد من الأهل والاتصاف بهم.

ويؤدي هذا الاضطراب إلى تأثير قدرات الطفل الاجتماعية وظهوره كشخصية متكسفة مكتسحة (Inhibited) متحملة ومنحطة مما يجعله يصير كثيراً من الانسواء وتصبح

عليه فرص اللعب والمرح والانطلاق وتكوين مهارات جديدة
رياضية أو ثقافية.

وأثناء الفحص النفسي لهذه الحالات نجد أن الطفل
يصعب عليه أن يترك أبيه وأمه ويجلس في غرفة الفحص
عنكبناً ولا يقترب من الأكل أو لوزاق الرسم وبعد صعوبة
يمكنه أن يتعامل مع الفاحص وتكون كثير من اهتماماته في أمور
الطعام ولذات المطبخ إضافة إلى الرموز الأسوية والأطفال
المرح. وتظهر أيضاً بعض الانحيازات العنيفة والتخبط
والسرمات غير الواضحة. وهو يفضل التسميات عند قليل من
الألوان في الرسم والأشكال التي يرسمها صغيرة وهي بجانب
غير من الورقة وعندما يرسم بيتاً لا يضع له نوافذ أو أبواب.

والاضطراب الاجتماعي الهوسي عند الأطفال يرافق عادة
مع أعراض الفلق العام والتوتر والسموم المتسوية. ويتكون
شخصية الطفل من صعب الثقة سائقين وعدم القدرة على
تحليل الشخصية والدفاع عن النفس (مراجع رقم 22).

وبعض هذه الحالات تستمر لفترات طويلة وبعضها الآخر
يتحسن. وعندما يكون هذا الاضطراب شديداً ومتعباً ومستمر
يمكن أن نطلق عليه اسم اضطراب الشخصية الاجتماعية الهوسية
كما يعني بشكل عام أن الاضطراب يساعد شكلاً مزعماً
وشديداً. وهناك كثير من الحالات التي تتحسن تلقائياً كما ذكر
سابقاً وهذا ينطبق على عدد من اضطرابات الفلق في مرحلة
الطفولة. وفي إطلاق التسميات الخاصة على اضطرابات الأطفال

النفسية واختلافها عن اضطرابات الكبار هذا المعنى الأساسي. وهو إمكانية تمسك الحالة وزوالها مع تقدم الطفل في المراحل الدراسية الأولى ومع ازدياد قدرته وربما تغير ظروفه الأخرى والعائلة. ويلاحظ التطور النفسي الذاتي والمفاتيح لمروراً عاماً في تمسك الحالات النفسية عند الأطفال وحفظ ما يستدعي تغيرها ومراستها البسطة وإعطاء التسميات الخاصة بها.

وأما بالنسبة للعلاقة بين الاضطراب الاجتماعي الهروبي عند الأطفال والمنوف الاجتماعي المتعمم عند الكبار والشخصية الاجتماعية الهروبية عند الكبار فهي لا تزال غامضة وهي ليست علاقة طردية متبادلة. وقد تطور بعض الحالات إلى الخوف الاجتماعي المتعمم ثم إلى الشخصية الهروبية وبعضها الآخر لا يحدث لديه هذه الاضطرابات.

ويفضل عادة من الناحية العملية أن لا يطلق تشخيص الطوف الاجتماعي ثم الشخصية الاجتماعية الهروبية في حالات الأطفال إلا إذا كانت أعراض هذه الاضطرابات واضحة وشديدة وهذا ما يحدث في عدد من الحالات. وذلك لإحتبارات نظرية حول نشوء الاضطرابات النفسية إضافة للاختبارات العملية وهي بشكل أساسي إمكانية التمسك والتطور الإيجابي النفسي. وأما من الناحية العلاجية فإن تشجيع الطفل المستمر على الأداء في المواقف الاجتماعية له دور أساسي وذلك عن طريق المكافآت وغيرها. كما أن زيادة الزيارات وتوغير الفرص الاجتماعية العملية، أسلوب فعال ونجاح. وإن تنمية المهارات النفسية

والرياضية والإبداعية يساعد الطفل على زيادة ثقته في نفسه ويسهل انخراطه في المواقف الاجتماعية الجديدة مع الأطفال الآخرين. وكثيراً ما يفيد الطفل إشراكه في ناعمي خلع من أو تغيير المفروسة.

ومن الأمور الهامة والتي لا تفلح الاهتمام الكافي هي تغير سلوك الأبوين تجاه الطفل من حيث إطلاق الصفات السلبية عليه وعدم إشراكه في بعض المناسبات نظراً لأنه غير جالس ولا يتفاعل. بل يجب الأخذ بيده والتدرج ليزيد من مشاركته وتفاعله. ويحتاج الأهل إلى الصبر وبعض الجهد والمعلومات إضافة لحدوث الأعباء مما يساعد على استمرارهم في سطة التشجيع المستمر وتهم خوف الطفل وقلة الحوار معه وتهم أحاسيسه وآرائه والعمل على تعديلها. ومن الملاحظات المهمة المفيدة إعطاء دسمة دقائق إضافية للطفل يومياً وفيها مزيد من الاهتمام بالطفل والتعريف على أداء بسيط مثل قول نكتة أو نشيد ومكافأته على ذلك. وتشجيعه أن يحضر لليوم التالي شيئاً جمي يخلقه أمام الأهل أو أشخاص آخرين.

ويمكن للعلاج النفسي أن يكون عوناً للأهل في تقدير حالة الطفل وإعطاء الإرشادات والملاحظات المفيدة ضمن برنامج علاجي محدد.

(أنظر الفصل المباشر: العلاج. للمزيد من التفاصيل).



الشخصية الاجتماعية للرواية

□ مقدمة عامة :

إن الاهتمام بشخصية الإنسان وصفاتها قد قدم لهم القدم التاريخ الإنساني . وهو اهتمام يجدد الإنسان لأن معرفته بالشخص الآخر تعطيه فوائد كثيرة من كمية التعامل معه وتوقع سلوكه في عدد من المواقف الحياتية أو في المستقبل . والاب أو الأم يهتم كل منهما بتقدير شخصية الطفل في صغره أو صراجه وصفاته بعدد من الأوصاف السلبية والإيجابية وهما يحاولان التأثير عليه ليكون شخصية أفضل .

كما يهتم الإنسان في مختلف مراحل حياته في تكوين معلومات أكثر عن الأشخاص الذين يتعامل معهم وهو يحتاج لبعض الأشخاص ويتراجع عن البعض الآخر . كما أن كل إنسان له تقدير شخصي عن طبيعة شخصيته وصفاتها

المتنوعة وهو في بعض الأحيان يعني أن ينشر في أسلوب معين من تصرفاته .

ونكثر في اللغة أوصاف الشخصية وبعض هذه الأوصاف نحصل معنى اختلافاً لواقعياً على الشخص نفسه بالمعنى النفسي أو الإيجابي . كما نقول أن هذا الإنسان متردد لوجبات أو أنه عنيد أو حازم أو غير ذلك .

والحقيقة أن دراسة الشخصية بالأسلوب العلمي لم تبدأ إلا في بداية القرن التاسع عشر حيث ظهر عدد من النظريات لتفسير شخصية الإنسان وصفاته في حالة الانحراف وفي الحالات السوية . وقد اهتم علم النفس بذلك وظهر عدد من اختبارات الشخصية لقياس صفاتها وأنواعها

كما اهتم الطب النفسي بشكل خاص بما يسمى بالشخصية المضادة للمجتمع (Antisocial Personality) . وقد عرفت دراسات عديدة من حيث أوصافها والسمات المصاحبة لها من التواضع المعنوية والشرعية والاجتماعية . حيث نرى أهمية التشوهات الجسمية البسيطة مثل تشوه الأذن وتقرص الأصبع الخامس وضرب الرأس لوتأثير الكحول وغيره في المرحلة الجنينية ، إضافة إلى تفكك الأسرة وعدم التفاهم الأسري والعنف تجاه الطفل ، والحرمان الأمومي وغياب أو ضعف التعاطف وغير ذلك من العوامل المرتبطة بنشوء الشخصية المضادة للمجتمع

ومن النظريات الهامة حول الشخصية نضربها إلى المحور

الانطوائي والمحمور الانساني في الشخصية (يونج ١٩٢٨).
حيث يرتبط بالانطواء والانباط (Introversion-Extroversion)
عدد من الصفات والأشكال المختلفة. وهذا تبسيط شديد لفهم
شخصية الإنسان.

وهناك اعتبار الصفات (كاتل ١٩٦٨) وهو عبارة عن ١٠٠
سؤال والإجابة عليه بـ نعم أو لا وهو يحدد ١٦ صفة من صفات
الشخصية مثل السيطرة - الخضوع، والمظفرة - العجين، والكطاهل
المرح - الجدية وغير ذلك.

وأخيراً اعتبار الشخصية (ليونك) وهو يقس درجة
الانطوائية والانبساطية إضافة للميول العصبية والذهانية. واعتبار
ميسوتا المتعدد الأوجه (هاتوري - ساكيتي ١٩٤٣) وهو يقس
هدأً من الاضطرابات مثل العصبية والهستيريا والذكورة والأنوثة
والشخصية المتبادلة للمجتمع وغير ذلك.

وتحدث (رايش ١٩٣٠) عن تحليل الشخصية والتفصيل
الطبيعي وضرورة تعديل الشخصية وعلاجها. واعتبر (شفايدر
١٩٣٤) أن الشخصية المتبادلة للمجتمع ناتجة عن الاضطرابات
في تكوين الدماغ. [مرجع رقم ٢٣ - ٢٤ - ٢٥].

كما اهتم التحليل النفسي بتكوين الشخصية ودراسة
العناصر المكونة لها واشتملت مصطلحات الأنا والذات العليا
والهول لتقسيم الشخصية إلى عدد من الأجهزة المتفاعلة مع
بعضها.

وتتعدد الصراعات الشخصية وأساليبها في الدفاع وحل الصراعات في السنوات الأولى من الحياة وتستر هذه الدفاعات فترة طويلة ويجري تعديل هذه البنية الداخلية للإنسان من خلال تجارب الحياة الإيجابية ومن خلال العلاج النفسي. وتضمحل بعض الاختبارات الإسقاطية (Projective Tests) حيث يسلط الإنسان ما بداخله من مشاعر و رغبات وأساليب وطرق في التفكير على مادة الاختبار المكونة من صور غامضة الشكل كما في اختبار (روزيانج) - وأيضاً كتابة قصة حول عدد من الصور (اختبار تقدير الموضع) (T.A.T) وفي حالة الأطفال، رسم شخص أو رسم منزل وشجرة وشخص. ويحتاج ذلك إلى تدريب خاص لتفسير نتائج هذه الاختبارات وما تدل عليه من أمور تتعلق بتكوين الشخصية ومشكلاتها.

وأيرز روتر (١٩٦٦)، الاهتمام بفكرة السيطرة على النفس ومجربات الأحداث والظروف التي تتعرض لها الشخصية. وتقسّم الأشخاص إلى أشخاص ذوي سيطرة داخلية وأشخاص ذوي سيطرة خارجية. وفي الحالة الأولى يرد الأشخاص ما يجري في أنفسهم أو حولهم إلى أسباب داخلية تتعلق بهم مثل البطء والتقصير وغير ذلك. وفي الحالة الثانية يكتفون المرجح هو الظروف الخارجية والقوى الخارجية ودرجاتها الشريرة وأهدافها السيئة ومن ذلك الصلابة والصلب.

ويمكننا القول أن صفات الشخصية هي مجموعة من الأساليب المستمرة في حياة الإنسان وهذه الأساليب تشمل

طريقة إدراك الأحداث والمواقف والأشياء التي تجري مع الشخص أو من حوله. وأيضاً طريقة التعامل مع الآخرين والاتصال بهم وطريقة التفكير فيما يتعلق بالشخص نفسه وما حوله من البيئة المحيطة به. وهذه الأساليب والطرق تبرز في عدد من المواقف الاجتماعية والشخصية مما يسهل التعرف عليها.

وتتجسد في الإنسان المعاصر عدد من الصفات. ولا يمكن أن نسمي الشخصية بأنها مضطربة إلا إذا كانت هذه الصفات متجمدة وغير مرنة. وتؤدي إلى تعطيل الإنسان في أدائه العملي والاجتماعي لو أن هذه الصفات تؤدي إلى إزعاج الآخرين الشده أو إزعاج الشخص نفسه وعدم رضاه عن هذه الصفات.

وهذه الصفات تبرز بشكل واضح في نهاية مرحلة المراهقة وبداية سن الشباب حيث تتحدد معالم الشخصية وتستمر خلال مرحلة الشباب فترة طويلة. ويحدث نوع من التعديل في منتصف العمر والكهولة حيث تختف عدد الصفات المتطرفة. واضطرابات الشخصية متشعبة وتعد الإحصائيات على أن ٥ - ١٥ ٪ من الناس لديهم اضطراب في الشخصية. والعلاقة بين الشخصية والاضطرابات النفسية علاقة صلبة فالاضطراب النفسي لا ينشأ بحزل من تكوين الإنسان وأساليبه وصفاته. وقد تبين أن بعض اضطرابات الشخصية تؤدي إلى بعض الأمراض والاضطرابات النفسية ولكن هذه العلاقة معقدة ولا يزال فهمها لها خير كامل.

وبشكل عام فإن الأشخاص ذوي الشخصيات المضطربة يهييم القلق والاكتئاب في حال مواجهتهم لظروف حياتية صعبة وضغوطات نفسية. إضافة إلى أن بعضهم يتجه إلى إدمان الكحول والمخدرات الأخرى (مرجع رقم ٢٣ ، ٢٤ ، ٤٠). ويصعب التعامل مع بعضهم الآخر في حال مراجعتهم للطبيب وهم يشكلون نسبة كبيرة ممن لا يتابعون العلاج أو لا يلتزمون بتعليمات الطبيب أو الصواعيد. وفي كثير من الأحيان تكون اضطرابات الشخصية أكثر تعقيداً وتعطلاً من الاضطرابات النفسية العصبية (أو الاضطرابات النفسية العصبية) (Neurotic disorders).

ويتمتع في تشخيص اضطراب الشخصية في الوقت الحاضر على سلوكيات الشخص والأعراض الموصوفة في تاريخه الشخصي ويحتاج ذلك عادة إلى أكثر من مقابلة إضافة إلى ضرورة أخذ معلومات إضافية من يعرف الشخص معرفة حميمة. وبشكل عملي يشجع الماحص أسلوباً خاصاً أثناء المقابلة وينقل عطفه عن أسئلة ليحصل على استجابات المفصولة وردود فعله وسلوكياته في عدد من المواقف وهذا ما يسمى بالمقابلة نصف المنظمة (Semi Structured Interview). والتقسيم الحالي لاضطرابات الشخصية وفقاً لتصنيف الاضطرابات النفسية الأمريكية (مرجع رقم ١٦) يضم ثلث عشر اضطراباً. ويمكن تقسيمها إلى ثلاث زمر رئيسية وفقاً للمصنفات والسلوكيات العامة التي تميزها.

الزمرة الأولى وتضم: الشخصية شبه الانفصالية (Schizoid Personality) والشخصية ذات النمط الفصامي (Schizotypal Personality) والشخصية الزووية. وهذه الشخصيات تتميز بفرانها والبولك غريب الأطوار.

والزمرة الثانية وهي تضم: الشخصية المطبقة للمجتمع (Anti Social Personality) والشخصية المتعددة غير الثابتة (Borderline Personality) والشخصية شبه الهستيرية (Histrionic Personality) والشخصية النرجسية (المحببة للذات) (Narcissistic Personality). وهذه الشخصيات تتميز بالانفعالية الزائدة والإفارة والبولك المبرح والاندفاعية.

والزمرة الثالثة وتضم: الشخصية الاجتنابية (جُنْبَنَة) (Avoidant Personality) والشخصية الاعتمادية (Dependent Personality) والشخصية الوسواسية (Obsessive Compulsive Personality) والشخصية المطبقة المتعددة (Passive-aggressive Personality) وهذه الشخصيات تتميز بالتوتر والقلق والخوف والانطوائية. إضافة إلى الشخصية غير المحددة والتي لا تنطبق عليها صفات إحدى الشخصيات السابقة بشكل واضح (Personality Disorder Not-Specified).

(انظر المصطلحات الإنكليزية ومعانيها العربية) . وفيه بعض التفاصيل عن الشخصيات المرضية).

ومن الناحية العملية فإن الشخص المرض قد ينطبق عليه أكثر من شخص واحد في شخصيته. وهذا الشخص هو

تفريسي في أحسن الأحوال، ويعتمد على كمية المعلومات المتوفرة عن المريض.

وبعكس ذلك ننفذ موضوع اضطرابات الشخصية وعدم كفاية الأساليب الحالية في التصنيف، ومن المتوقع أن يحدث تطورات عديدة وتشخيصات حول تصنيف اضطرابات الشخصية مع ازدياد الأبحاث الميدانية والميدانية التي تعتمد على عدة تصنيفات، وأيضاً مع تراكم المزيد من النتائج والمعلومات حول أسباب اضطرابات الشخصية وحول علاقتها بالاضطرابات النفسية الأخرى. والأهمية العملية لتصنيف اضطرابات الشخصية تكمن في التركيز على استخلاص نمط من السلوكيات المتكررة التي تبرز في تاريخ الشخصية المضطربة. وهذا ما يسهل لتحديد مظاهر الاضطراب وتوجيه الأساليب العلاجية نحو تعديل هذه السلوكيات والنصريات. وأيضاً دراسة أفضل الطرق لتسهيل عملية التغيير هذه في عدة جوانب واتجاهات.

وأما من حيث العوامل المؤهلة والمبينة لاضطرابات الشخصية عامة فمنها متعمدة الجوانب... وينطبق نفس المبدأ العام الذي يفسر مختلف الاضطرابات النفسية على اضطرابات الشخصية أيضاً. وهو مبدأ الأسباب المضمومة - النفسية - الاجتماعية. فالشخصية الإنسانية تتأثر بالعوامل الوراثية التي ينقلها الآباء والأمهات إلى الأبناء. وأيضاً تتأثر بما يجري من أمور متنوعة خلال الحياة الجنسية وتحت الرسم، كالتأثيرات العضوية الكيميائية أو الغذائية أو الالتهابات. إضافة للمشكلات

الجمية التي تعقب الولادة.

ثم تأتي عوامل التعلم المتعددة خلال المراحل التالية من النمو والنضج، وهناك ما يسمى بالمراحل الحرجية التي يكون فيها التعلم متجثاً وأحياناً مما يصعب تفيده فيما بعد. وتلعب السنوات الخمس الأولى دوراً هاماً وفقاً لبعض النظريات، والنظريات الأخرى تعطي فترة ما قبل المراهقة والمراهقة نفسها دوراً هاماً إضافياً على اعتبار أنها أيضاً مرحلة حرجية ويحدث فيها تعلم من نوع خاص وله أثر كبير ومستمر في الشخصية.

وبعد ذلك تأتي التأثيرات المحيطية البيئية لطيف إلى تكوين الشخصية وتساعد على إظهار إمكانياتها الكامنة أو تحلنها وإحباطها. إضافة إلى إحباطها صلاحيات خاصة من خلال القيم والعادات والتقاليد.

وقد بينت بعض الدراسات أن التوائم الحقيقية التي تربت منفصلة تشابه في صفات الانبساطية والانطوائية إضافة إلى صفات العصبيه بشكل أكثر من التوائم غير الحقيقية أو التوائم الحقيقية التي تربت معاً. وإن الانطواء الاجتماعي (Social introversion) مرتبط بالوراثة أكثر من ارتباط الذكاء بالوراثة. وأيضاً فإن نقص الأوكسجين الذي قد يتعرض له الطفل داخل الرحم يمكن أن يؤدي إلى السلوك الاندفاعي وعدم التركيز.

ويمكن أن نقول أن الشخصية تتكون من جانبين أساسيين وهما: المزاج الخاص (Temperament) والسمات الشخصية وصفاتها (Traits).

ويبدو أن الطفل يولد ولديه مزاج خاص يتأثر المورثات والتكوين العضوي الجسدي والمصبي وهذا المزاج الخاص يحدد لاهية الطفل للإثارة الانفعالية وسرعته الاعتيادية في الاستجابات وأيضاً سراحه العام الغالب إضافة إلى تفضلات المزاج ودرجتها. وأما أساليب الشخصية وخصائصها فهي نتيجة التعلم من الثقافة والتربية ونتيجة استيطان (Internalization) القيم الأسرية والاحتمالية من خلال الخلق ومن خلال التعارب العملية التي تعطي الإنسان طوقاً وأساليب في التفكير وإعطاء المعاني للأحداث والأمور إضافة إلى صبرته عن نفسه وعن الآخرين.

وتشير الدراسات إلى أهمية التربية والعناية والحرصات اليومية وطرق التدريب على صط المثابة والأصماء في تكوين حدود من صفات الشخصية واضطراباتهما

وتؤثر الظروف الثقافية الملمة في مجتمعات معين على بعض صفات أبنائه فقد وجد مثلاً في الدانمارك أن التمييز عن الضعيف والعدوانية بشكل ظاهري ونجاح الآخرين من الأمور النادرة في صفات الأفراد. وقد ارتبط ذلك بخلق جرائم القتل ولكن بارتفاع في معدلات الانتحار. حيث يمكن فهم ذلك أن الضعيف والعدوانية الطبيعية عند الإنسان إذا لم يحدث لها تفرغ خارجي سرتد هذا الضغيب على النفس ويؤدي إلى إيذائها والانتحار.

وفي بورما وأفريقيا الغربية أيضاً وغيرها... حيث تشر أساليب السيطرة المخالجية على النفس ومجربات الأحداث والظروف (External Locus of Control)، وجد أن ذلك مرتبط

بارتفاع في نسبة جرائم القتل والشخصية المهيمنة للمجتمع وأيضاً الشخصية الزورقة للشكافة. حيث يلقي اللوم في تفسير كثير من المشكلات اليومية الاجتماعية والاقتصادية على قوى خطيرة.

ولا تزال معلوماتنا ناقصة حول العوامل المؤثرة في اضطراب الشخصية بشكل عام وفي حالة كل اضطراب على حدة.

والمجال مفتوح للمزيد من النظريات والدراسات. [مراجع رقم ٢٢ - ٢٤ - ٤٠].

□ الصفات العامة وتكوين الشخصية الاجتماعية القلقة :

لقد استعمل هذا الشخص للمرة الأولى عام ١٩٨٠ في تصنيف الأمراض النفسية الأمريكي الثالث.

وقبل ذلك ربما شجعت هذه الحالات على أنها شخصيات شبه قسامة أو اجتماعية أو شخصية غير مناسبة. وتلخص صفات الشخصية الاجتماعية ما كان يسمى العالم النفسي أدلر صاحب مقرب التحليل النفسي الفردي «بمقدرة النفس» في الشخصية. وقد وجد الباحثون أن عدداً من الصفات الأساسية والأماليه في التصرف والسلوك والتفكير تميز عدداً من الأشخاص ممن يمكن أن تطلق عليهم اسم الشخصية الاجتماعية القلقة.

وتقل التوافقات حتى أن هذه الشخصية واسعة الانتشار. وكما تعد التسمية فإن الاضطراب الأساسي يتمثل بأن الملوكتات الأساسية لهذه الشخصية تتميز بالانطوائية وللة العلاقات الاجتماعية والسلوك المتحفظ العقيد وتجنب المخاطر وتضخيمها. ويراقد ذلك ضعف الثقة في النفس وتضخيم العيوب ومراية الذات المعنرة بحثاً عن الأخطاء في السلوك والتصرفات وما إذا كان هذا التصرف أو ذلك صحيحاً أو غير مناسب. وأيضاً الخوف من المفاسدة والمخاطر بشكل عام. والخوف من الاوباك وعدم الرضا في وجود الآخرين. ويبدو أن الحساسية المزاجية للرطب والانتقاد وخوف الإنسان من أن لا يثله الآخرون هو محور أساسي في الشخصية الاجتنابية القلقة. حيث يتعد الإنسان من إقامة علاقة اجتماعية ما أو المشاركة في موقف اجتماعي ما لم يحصل على ضمانات كافية بأنه سيكون محبوباً ومقبولاً من الآخرين. ويمكن تفسير هذه من الصفات السابقة الذكر بناء على وجود هذه الحساسية الخاصة للرطب (Rejection Sensitivity).

ومن النقاط المميزة في تفكير الشخصية الاجتنابية هي سوء تفسير الملاحظات من الآخرين. حيث تفسر بأن الهدف منها انتقاص قدر الشخص أو الخط من ميزاته وأنه ظهرو كأغصومة أو موقع سخرية وتهكم أمام الناس بسبب تلك الملاحظات. وطبعاً هذا تضخيم واضح وببساطة في الحساسية لا تتناسب مع المقصود الواقعي وحجم الملاحظات التي توجه للشخص بشكل عام.

ويرتبط بذلك الاهتمام الزائد بنظرة الناس إلى الشخص نفسه. وصاحب الشخصية الاجتماعية القلقة يحاول جهده أن يرضي الناس ويجعلهم راضين عنه ويدعو لطيفاً ومطعماً ومهدباً. ويتألم بسرعة وشدة إذا وجه له انتقاد ما أو إذا لمس بعدم استحسان ما يفعله. وهو يتجنب شاكراً ويصغر لانتباه المحلل من الآخرين والتألم على شخصيته أو تصرفاته. وقد يمضي ساعات طوال يراجع مؤلف الاستقصاء التي مر بها ويحاول أن يستخرج بذلك.

ويمكن القول بأن بعض هذه الأساليب المرتبطة بالتعامل مع الآخرين هي محاولات لحماية النفس من عدوانية وحضب الآخرين ورفضهم وهي بالطبع محاولات دفاعية تمنع الشخص نفسه من تطبيق مطالبه الخاصة ومن التعبير عن آرائه وأفكاره ولذلك يبدو عجزاً مقيداً في تصرفاته وأفكاره.

(أنظر ملحق رقم ٤).

وفي دليل تشخيص الاضطرابات النفسية الأمريكي (١٩٨٧) [مراجع رقم ١٦] أن الشخصية الاجتماعية تتميز بنمط متميز من السلوك والعلاقات المرتبطة بالانزعاج والشفقة في العلاقات مع الناس، والخوف من التهديد السلبي من قبل الآخرين، والحبس المزمع وعدم المتابعة. وهذا النمط من السلوك يتكرر في عدة مواقف ويحتاج التشخيص لوجود ٤ نقاط على الأقل من النقاط التالية:

١ - يتألم الشخص بسرعة فيما إذا وجه له الانتقاد أو عدم الاستحسان.

٢ - لا يوجد لديه أصدقاء حميمون أو مقربون أو لديه شخص واحد فقط من غير أفراد أسرته.

٣ - غير مستعد لإقامة علاقة مع أحد الأشخاص أو أكثر إلا في حال ضمانه أنه سيكون محبوباً ومقبولاً من الطرف الآخر.

٤ - يتجنب النشاطات الاجتماعية والمهبة التي تتطلب قدرأ أكبر من الاحتكاك والاتصال المباشر مع الناس.

٥ - قليل الكلام ويحفظ في المواقف الاجتماعية حتى أن يقول شيئاً أسفلاً أو غير مناسب أو غريباً من أن لا يستطيع الإجابة على سؤال ما.

٦ - يخاف الشخص من أن يربك أو يحمر وجهه أو أنه يظهر عليه علامات الخلق أمام الناس.

٧ - تضيق الصعوبات المحتملة والمخاطر الجسدية والمادية أو المخاطر خصوصاً في حال القيام بأي عمل يصدر عن عاداته وأسلوبه الاعتيادية.

وهي دليل التشخيص الحالي للاضطرابات النفسية الأخير [مرجع رقم ٢٢] يتطلب التشخيص توفر ثلاث نقاط على الأقل من الصفات التالية :

- ١ - توقيف وثوقه مستمر وعلم.
 - ٢ - مراقبة النفس ومشارع عدم الأمان ومشارع النفس.
 - ٣ - التشويق والتطلع إلى أن يكون الشخص محبوباً ومقبولاً من قبل الآخرين.
 - ٤ - غرض الحساسية المرضية والانتقاد.
 - ٥ - عدم الاستعداد لإقامة علاقات مع الآخرين عالم تكن هناك ضمانات بالتقبل علاقات اجتماعية قليلة ومحددة.
 - ٦ - تصغير التصورات المبهمة والمخاطر في المواقف الحياتية اليومية مما يؤدي إلى تجنب عدد من الشبكات والأعمال. ولكن هذا التجنب لا يصل إلى درجة التجنب في المخوف المرضي.
 - ٧ - نمط مفيد من الحياة اليومية وذلك بسبب الحاجة إلى الأمان والأطمئنان والخطوات الأكيدة المعروفة.
- وكما يتبين مما سبق، فإن التشابه واضح في التشخيص بين هذين الدليلين. والنشاط الأساسية المشتركة هي:
- العلاقات المحدودة وتجنب العلاقات الاجتماعية والاحتكاك بالآخرين والتطلع إلى القبول من الآخرين. وأيضاً الحساسية الزائدة للثقة. إضافة إلى الأسلوب المقيد في الحياة والمحتل به بالشعور بعدم الأمان مع تصغير التصورات الحياتية العادية.

ولما اختلف فهو مشكل أساسي التركيز على العمل
 وحل الأرباح في المواقف الاجتماعية في الدليل الأسويكي
 بينما الدليل العالمي يبرز القلق والتركيب ومراقبة النفس والتوتر
 العام كعنصر أساسي في هذه الشخصية إقبالة إلى مشاعر
 النقص. وأيضاً الاختلاف في ضرورة وجود ثلاثة نقاط يجب
 توافرها أو أربعة على الأقل كي يكون الشخص أكيداً.
 ولهما يلي قائمة للملامح العامة لصفات وسلوكيات
 الشخصية الاجتماعية الفظة المشتركة بين الدليلين السابقين:

□ قائمة الملاحق العامة لمصنفات وطروقات الشخصية الإجتماعية الملققة □

- ١ - العلاقات الشخصية
 - لا يوجد لدى المصنفات سمومون أو عقوبون
 - أو لدى شخص واحد فقط من غير أفراد الأسرة
 - عداوتي الإجتماعية القليلة ومعددة
- ٢ - تجنب الملاحق
 - تجنب الملاحق الإجتماعية والمهنية
 - التي تتطلب قدرًا أكبر من الاستعداد
 - والاستعداد للتعامل مع الناس
- ٣ - التطلع إلى المستقبل من الآخرين
 - التطلع والتطلع إلى أن تكون محبوبًا
 - وبطريقة من قبل الآخرين
 - غير مستعد لإقامة علاقة مع أحد
 - الأشخاص إلا في شكل صفة للشيء
 - مثلكم محبوبًا وبطريقة من الطريقة الأخرى
- ٤ - المساعدة في مشكلة الناس
 - التطلع بمعرفة فيما إذا أودع في الأنظمة
 - أو عدم الاستعداد
 - إلى مشاكل كثيرة أو القليل من الناس
 - الآخرين والاستعداد
- ٥ - الأساليب المتبعة في شرح المظهر والأساس
 - سأل عليه من الصلة الوثيقة وذلك بسبب
 - الحاجة المباشرة إلى الأسس والأشخاص
 - والمظهر. لا توجد المصروفات
 - مصروف المصروفات المتعددة والمصروفات
 - الشخصية والمظهر أو المصروفات الشخصية في
 - حال القيام بها مثل يشرح من علمني
 - صفتي المصنفات بلديهم المصنفات في
 - المصنفات الشخصية سأل عليه إلى أن
 - عدم من المصنفات والأساس والاستعداد
 - في المصنفات
- ٦ - العمل وعدم الاندماج في المصنفات
 - قبل الكلام ومثقف في المواقف
 - الاجتماعية شخصية أن أعمل شيئًا أصلاً
 - أو غير حزين أو خائف من عدم القدرة
 - على إبقاء سريته
 - لشدة من أن تكون في بعض المصنفات
 - أو في تظهر على المصنفات المصنفات أصلاً
 - المصنفات
- ٧ - التقليل والتقليل من المصنفات
 - التقليل والتقليل من المصنفات والمصنفات
 - من المصنفات المصنفات المصنفات
- ٨ - ضعف الثقة في الناس
 - شعور الناس وعدم الثقة بالنفس

ويمكننا القول بأن الملامح الخمسة المشتركة الأولى في قائمة تشخيص الشخصية الاجتائية للقلقة ليست صبة في التطبيق العملي فهي واضحة نسبياً ولا تختلط بالاضطرابات الأخرى. وأما النقطه المتعلقة بالخجل وعدم الارتياح في المواقف الاجتماعية فهي تؤدي إلى الغموض واحتمال الخلط مع تشخيص الخوف الاجتماعي. وكما ذكر سابقاً في تشخيص الخوف الاجتماعي).

والحقيقة أن محاولة توضيح هذا الغموض مرتبط باستعمال التسميات اللغوية المناسبة مثل عدم الارتياح بدلاً من الخوف في حالة اضطراب الشخصية. ولكن من الناحية العملية ليست المشكلة اختصاراً ذكياً للألفاظ فقط حيث إن كلا الاضطرابين يشتركان بالتوتر والانزعاج من المواقف الاجتماعية. . ولكن لا تصل أعراض التوتر والانزعاج إلى درجة القلق الشديد والخوف كما هي الحال في صلب الخوف الاجتماعي. وطبعاً يمكن لكلا الاضطرابين أن يجتمعا في نفس الشخص.

وأما بالنسبة للنقطه المتعلقة بالقلق والتوتر العام فهي تؤدي إلى الغموض واحتمال الخلط بين اضطراب الشخصية وعصاب القلق العام ولكن يتم التفرقة عنابة بأن القلق في الاضطراب العصبي يكون شديداً.

وأما بالنسبة للنقطه المتعلقة بصعف الثقة في النفس فإن هذا الشعور ليس مقصوراً على الشخصية الاجتائية القلقة وحدها

فهو موجود في عدد من اضطرابات الشخصية الأخرى والاضطرابات النفسية أيضاً.

وهكذا نجد أهمية القيام بالمزيد من الدراسات والأبحاث حول هذا الموضوع والتي يمكن لها أن تلقي الضوء أكثر على الأمور التي لا تزال غامضة وتضيف إلى المعلومات المتوفرة وأساليب التشخيص إضائات نافذة ومفيدة.

نأظر إلى فقرة الأسباب في هذا الفصل والآراء حول علاقة اضطراب الشخصية بالاضطرابات النفسية).

كلمة الأخيرة حول التشخيص... يبدو أنه من المفيد أن نذكر أن الضجمل صفة منتشرة بين الكثير من الناس... ولا يمكن أن نعتبرها عرضية إلا إذا كانت شديدة وعندها يمكن أن تكون جزءاً من اضطراب الشخصية الاجتنابية. وكثير ممن لديهم صفات وأساليب الشخصية الاجتنابية يعيشون على طريقتهم ولا يشكون أية اضطرابات أخرى ولا يطلبون العلاج أو التغير. وبعضهم ربما يريد التغير ويسعى إليه وينجح في تعديل بعض أساليبهم. وبعضهم الآخر يحدث لديه اضطرابات نفسية متنوعة مثل القلق العام أو حالات من القلق والاكتئاب أو تتطور حالتهم إلى حالة الخوف الاجتماعي.

والأهمية الأساسية لمناقشة الجوانب المتعلقة بالشخصية الاجتنابية هي توضيح صفاتها الأسلوبية واختلافاتها عن الاضطرابات الأخرى مما يحلّي المفارقات صراحة علمية وعملية عن قضايا الطب النفسي المعقدة والبحث عن فهم أوسع

للوصول إلى ما يمكن فعله من أجل التغير والمعالجة في جهود
الإنسان نحو المزيد من الصحة النفسية

□ تفسيريق الشخصية الاجتماعية الثلاثة عن الاضطرابات الأخرى:

تشابه الشخصية الاجتماعية الثلاثة مع الشخصية شبه
المصنامية ظاهرياً بقلة الأصدقاء وضعف العلاقات الاجتماعية.
ولكن تختلف عنها في أن الشخص ذو الشخصية الاجتماعية
يرغب في إقامة العلاقات الاجتماعية ويحب أن يكون مع الناس
وهو يتشوق إلى ذلك ولكن حساسيته الزائدة من النقد والحرف
من عدم القبول يجعلانه غير مستعد لإقامة أية علاقة ما لم يكن
عنده ضمانات بالتقبل وهذا طبعاً ليس سبب التخليق مما يؤدي
إلى ابتعاده عن الناس.

أما الشخصية شبه المصنامية فهي أصلاً لا ترغب بالعلاقات
مع الآخرين ولا تهتم ولا تبالى بأراء الناس وانظراتهم وتفضل
الوحدة على أن تكون مع الناس.

والشخصية الاجتماعية تشترك مع الشخصية الاجتماعية
القلقة في وجود عدم الاطمئنان في العلاقات الاجتماعية وضعف
الثقة بالنفس ولكن الشخصية الاجتماعية تختلف أكثر من
الانفصال في علاقاتها مع الآخرين وس عسكرة الشخص الآخر
الذي تعتمد عليه. يسا الشخصية الاجتماعية نجد حمومة أكثر

في بداية العلاقة وتكوينها إضافة إلى الانزعاج في حال الانفصال وانتهاء العلاقة.

ونجد الإشارة إلى أن الشخص نفسه يمكن أن تنطبق عليه صفات كلا الشخصيتين الاجتماعية والاعتمادية. ويولد ذلك التجربة العملية المباشرة. ومن الناحية النظرية ليس هناك ما يسلط فهدنا في أن شخصية الإنسان لها أوجه عديدة وصفات كثيرة وأنه يمكن إطلاق عدد من السمات لصف أكثر من المظهر. ولأن في شخصية الإنسان وهذا ما يجعل إحاطتنا بالحالة المرضية أكثر سهولة وعمقاً.

وأما الاختلاف عن حالات الخوف من أماكن السوق أو الخروج من البيت وحيداً (Agoraphobia)، فإن السلوك الاجتماعي والأنطوائي وعدم الاحتكاك بالآخرين يكون شديداً ولكنه مرتبط بمشاعر الخوف. وهو الخوف من أن يذهب الإنسان إلى بعض الأماكن أو أن يكون موجوداً في بعض المواقف ولا يستطيع أن يجد المخرج في حال تعرضه لبعض الأعراض الجسدية المزمنة ولذا فهو يفضل عدم الخروج من البيت أو الذهاب برحلة صديق أو قريب.

(انظر إلى الفصل السادس وفيه مزيد من التفاصيل حول ذلك).

وأما الاختلاف عن حالات الخوف الاجتماعية العصبية فالأساس في ذلك أن الشخصية الاجتماعية تتجنب العلاقات

الاجتماعية الشخصية بينما يتجنب الشخص الذي لديه الخوف الاجتماعي مواقف اجتماعية معينة حيث يخاف منها ومن أن تحدث له أعراض القلق والارتباك فيها. وكما ذكر سابقاً فإن الشخص نفسه يمكن أن يكون لديه اضطراب الشخصية والقلق الاجتماعي معاً.

وأما بالنسبة للاضطراب الاجتماعي الهوسي عند الأطفال والمراهقين، فإن الاختلاف أساساً هو في شدة الاضطراب وشموله واستمراريته بالنسبة لاضطراب الشخصية الاجتماعية. وليس الاضطراب مرتبطاً بمرحلة النمو فقط.

وهكذا نستعمل تسمية اضطراب الشخصية في الحالات الشديدة والمستمرة ولا يمكن اشتراك كلتا العائلتين معاً. ويمكن للاضطراب الاجتماعي الهوسي عند الأطفال أن يهيئ لظهور الشخصية الاجتماعية عند الكبار. [مرجع رقم ١٦ - ٢٠].

□ الأسباب والعوامل المؤثرة في تكوين الشخصية الاجتماعية القلقة :

كما ذكر سابقاً، فإن الأسباب والعوامل المؤثرة في تكوين اضطرابات الشخصية بشكل عام لا تزال غامضة ولا توجد إجابات بسيطة ومختصرة وينطبق ذلك على الشخصية الاجتماعية القلقة أيضاً. ولا سيما فإن دراسة هذه الشخصية بشكل محدد قد جاء متأخراً نسبياً مقارنة مع الشخصية المطبقة للمجتمع التي عرست بشكل واسع.

ويلاحظ الاتفاق وتعدد الملامح والصفات الأساسية للشخصية الاجتنبية وتفرقتها عن الاضطرابات الأخرى دوراً هاماً في تبادل المعلومات ونتائج الدراسات بين مختلف الباحثين.

وكما يتنا سافاً فإن هناك عدد من الملامح الأساسية التي يمكن الاتفاق على تسميتها بأنها اضطراب متعدد في الشخصية مما يشكل عوقاً كبيراً على دفع الدراسات حول الأسباب لطورات باتجاه توضيح عدد من العلاقات بين العوامل المضوية والنفسية والاجتماعية وبين تطور الشخصية الاجتنبية الفلفة.

ويعتقد بعض العلماء أنه ربما يكون هناك تداخل عضوي ودائي يؤدي إلى الفلق المضطرب ويظهر بشكل حساسية زائدة للمخاطب والمؤثرات السلبية المؤلمة إضافة إلى الاتجاه إلى تثبط الهممة بسهولة وعدم الاستمرار في تكرار السلوك الإيجابي. ويصاب إلى هاتين الخاصيتين التين تشكلاً أساسى السلوك المقيد والتجنب في الشخصية الاجتنبية الفلفة مثل الشخصية في تطور أساليب ناضجة للميطرة على الفلق.

ولقد تبين أن هناك منظومة تثبطية في منطقة الحماجر وحضان البصر (Superior Occipital Region) والتي نشع بين نصفي الكرة المخية. وهذه المنظومة تلعب دور الوسيط العضوي للسلوك الانسحابي الفلق. (مرجع رقم ٤٠).

ويعتقد علماء آخرون أن الشخصية الاجتنبية الفلفة هي جزء من مجموعة اضطرابات الفلق العصائية تظهر كأحد ألوان

الطيف المكون لهذه الاضطرابات. وتختلف عن أجزاء الطيف الأخرى بدرجة القلق وشدة وأنها ليست اضطراباً مستقلاً بذاته. وهذه النظرية تشبه النظريات الأخرى المتعلقة باضطرابات القسام وعلاقته باضطرابات الشخصية ثمة الفصامية أو الشخصية ذات النمط الفصامي. وأيضاً بالاضطرابات الانفعالية (Blood Disorder) كالهومس والاكتئاب وعلاقتها باضطراب الشخصية المحنونة.

وفي تلك النظريات تأكيد واضح على أهمية العوامل المعنوية الوراثية في نشوء اضطرابات الشخصية إضافة إلى الاضطرابات النفسية الأخرى. (مراجع رقم 1٠).

وأما النظريات الأخرى حول الأسباب فهي تركز على العلاقة المرضية القلقة وغير الثابتة بين الطفل والابوين في مرحلة مبكرة من التطور حيث يسود هذه العلاقة عدم الاطمئنان والتغيرات المعاكسة مما يؤدي إلى استغلال الطفل للشخصيات المضطربة من حوله أو جعل صوته عن نفسه متناقضة ومبغطة ولا تشر بالآمان وتحقق الرغبات بشكل مبالغ وكاف

وأيضاً عدم تطور القدرات الاجتماعية بشكل مناسب نتيجة لظروف تربوية واجتماعية خاصة تتميز بعدم تشجيع الطفل والمراعاة على الانسلاخ مكراته وتخويفه المسالخ من الناس إضافة إلى مطالبة بأن يكون مثالياً وإن لا يرتكب أي خطأ مع الآخرين.

كما يركز بعض العلماء على أهمية طرق التفكير التي يتعود عليها الإنسان منذ مرحلة مبكرة حيث ينطبع تفكيره بالشكل السلبي القلق. فهو يشق الحظر والتهديد وعدم الأمان. إضافة إلى تعطيله للنشاط القوي والإيجابية في شخصيته وأيضاً يجعله يصحح أعطائه وتلقا فضله مما يجعله يشعر بالنقص باستمرار.

وقد وجد أن للاضطرابات العصبية والصدمات الجسدية دوراً مهماً لظهور الشخصية الاجتنبية القلقة. ويلاحظ وجود الاضطراب الاجتنبى الهرومي عند الأطفال والمراهقين دوراً مهماً لظهور الشخصية الاجتنبية القلقة في عدد من الحالات الأخرى. (مرجع رقم ١٦ - ٢٢ - ٢٣).

□ العلاج :

تعدد الأساليب العلاجية التي تؤثر في تعديل الشخصية الاجتنبية القلقة. وفيد العلاج النفسي عن طريق المضايقات اليمسدة والجلسات النفسية في فهم الإنسان نفسه وتاريخه الشخصي وتزويغ انفعالاته السلبية واستعادة ثقته في نفسه وتقدير نشاط القوة التي يمتلكها بشكل صحيح وإيجابي. والعلاج النفسي يمكن أن يعدل من قوة الضمير لدى الإنسان حيث أن الشخصية الاجتنبية تخط طليات الضمير القلبية وانقذاته للذات على الآخرين حيث يعتبر الإنسان الآخرين أنهم انطادون وربما مسخرون من أعطائه. كما أن البحث في عقد

الإنسان المعاصرة ورغباته وخيالاته المرتبطة بالسلوك الهروسي يمكن أن يلقي الضوء عليها لتصورها وتعديلها وتخليصها من الشحنات الانفعالية المزعجة المرتبطة بها مما سهل تمثلها وعظمها وتفيد العلاج الجماعي في بناء الثقة المتبادلة بين أفراد المجموعة وفتح الشخصية قدوت إضافية على التعامل مع الآخرين دون قلق معطل.

وبعض الممارسين يصبح المرحى سائساً أساليب معاكسة مع الآخرين وهذا ما يسمى بالعلاج المتناقض (Paradoxical). حيث يطلب من المريض أن يتصرف بطريقة تعجب الانتباه وربما المرضي والانتقاد في بعض المواقف. كأن لا يوافق الشخص على رأي معين، ولقد وجد أن ذلك يحفز من مشاعر الطوفان والتوتر ويحضر المرء ثقة أكبر بنفسه ذلك أنه حتى إذا تصرف بشكل غير مسؤول فإن الحياة لن تنتهي ولن يفسد علاقته مع الطرف الآخر.

وتفيد أساليب تحقيق الشخصية ونسبة المهارات والفدرات الاجتماعية بشكل كبير حيث تزيد الثقة في النفس ويحفز الفطن والسلوك الهروسي.

والتعرض للمواقف الشريجة مفيد جداً ويسمى أحياناً بالانحسار (Descension) أو إزالة الحساسية للموقف المرضي. والعلاج المرحي مفيد في تعديل أفكار الشخص عن نفسه وعن الآخرين من خلال التعرف على الموارد الذاتية

والعبارات الشخصية حول الخطر وعدم الكفاءة ويتم استبدالها
بافكار أكثر إيجابية وأكثر جرأة.

ويمكن استعمال بعض الأدوية التي تخفف القلق خلال
التمرض للمواقف التي يتجنبها الشخص عادة مما يساعده على
تجاوز هذه المواقف. (مراجع رقم ٢٢ - ٢٤ - ٤٠).

(انظر الفصل العاشر: حول العلاج).



تفريق اضطراب الخوف الاجتماعي عن الاضطرابات الأخرى

يشترك الخوف الاجتماعي كاضطراب نفسي عضائي مع هذه من الحالات الأخرى في وجود المخوف. ويجب تفريقه من الحالات الأخرى مثل المخوف الطبيعي من بعض المواقف الاجتماعية. فالمحدث أمام مجموعة من الناس يتر في معظم الناس خوفاً من المخوف والتوتر ونقص الإنسان أن يضطر من القيام بذلك وهذا الشعور طبيعي ومعروف. ولا يمكننا أن نطلق عليه اسم الاضطراب إلا إذا كان شديداً ومستملاً، إضافة إلى توفر الشروط الأخرى التي ذكرت في فصل التشخيص.

ولما التصريق عن المخاوف المتعددة البسيطة (Simple Specific Phobia) فهو تفریق سهل حيث يكون المخوف المرضي من شئ محدد مثل الخوف من المصاعد أو من رؤية الدم أو من

بعض الحيوانات . . وأكثرها يظهر في من مكررة وفي مرحلة الطفولة . ويختلف الخوف الاجتماعي عن الخوف من أماكن السوق (الأماكن المفتوحة الواسعة) (Agoraphobia) وهو يتظاهر بالخوف من الخروج من البيت وحيداً إلى السوق أو غيره من الأماكن مثل المطاعم والساحر، والحيات الخوف من ركوب الحافلات العامة أو القطار أو السيارة أو البقاء في الأماكن المزدحمة . والتسمية كما هو واضح غامضة ولا تدل على مضمون الخوف . والمصطلح في اللغة الإنكليزية والمقات الأخرى مشتق من اللغة اليونانية بالترجمة العربية هي ترجمة مناسبة . ولقد كان السوق قديماً في العصر الإغريقي ساحاً كبيرة ممتدة على أرض واسعة ويقوم البائعون بحرض ما لديهم لبيهاه وكثرت نظام حيازات للخطابة والتجميع في نفس الساحات . والخوف المرضي من الذهاب إلى أماكن السوق يعني أن يصاب الإنسان بحرف أو غير من الذهاب إليها حيث لا يستطيع التهرب من المكان المكتظ في حال تعرضه لأعراض جسمية مزعومة كأعراض الطلق أو الطلق العام . أو يكون مضمون الخوف في أن لا يجد المساعدة ضمن الحشد الكبير من الناس والاستعمال العالي لهذا المصطلح منه لا يقتصر على الخوف من السوق وحده بل يتضمن مواقف أخرى . ولعله من غرابة الطب النفسي الاستمرار في استعمال هذا المصطلح القديم وعدم استبداله بمصطلح آخر يعبر أكثر عن مضمون الحالة المرضية . ولا يوجد في الوقت الحاضر مصطلح مختصر يعبر عن الحالة . ويمكن

استعمال هذه كلمات لتوضيح المقصود بالمخافة مثل (الخوف المتعدد من أماكن السوق وغيرها) حيث يخاف الإنسان أن لا يستطيع الانسحاب أو إيجاد العون في حال تعرضه لأصوامير جسمية نفسية مزعجة. وهؤلاء الأشخاص المصابون بهذه المخافة تتعدد حياتهم العملية ونشاطهم في دائرة صغيرة ولا يمكنهم الخروج بنفسهم، أو أنهم يصررون على اصطحاب أحد الأشخاص معهم في حال خروجهم من البيت.

وكما هو واضح فإن التفرقة عن الخوف الاجتماعي يكمن في موضوع المخوف نفسه. فالمخوف ليس من نظرة الناس في المخوف الاجتماعي بل المخوف من عدم القدرة على الانسحاب أو وجود العون. ومن الاختلافات الأخرى أن الخوف الاجتماعي يصيب الذكور أكثر من الإناث في الدراسات الميدانية وذلك حكمس الخوف من أماكن السوق. كما أن درجة الانبساطية والانفتاح في التعامل مع الناس لكل في الخوف الاجتماعي. فهم يميلون كمجموعة من المرضى إلى الانطوائية. وهناك ما يسمى بالاعتبار (اللاكيت) (Lactate) وهو عبارة عن حزن مادة كيميائية في الدم تؤدي إلى ظهور أعراض الفلج الحاد في المرضى. [مرجع رقم ٦٦ - ٦٠ - ٦٦]. وتكون نتيجة هذا الاعتبار إيجابية في كثير من حالات الخوف من أماكن السوق مقارنة مع حالات قليلة فقط من الخوف الاجتماعي. ويمكن لكلا الاضطرابين أن يجتمعا في بعض الأحيان في نفس الشخص كما سيأتي ذكر ذلك في الفصل الثامن (المضاعفات المرافقة للمخوف الاجتماعي).

وأما التفريق عن حالات القلق الحاد أو الهلع (Panic disorder) حيث تأتي المريض نوبات من القلق الحاد (Panic attack) ويصرر بلزقيد ضربات القلب ويصبح تنفسه سطعياً إضافة إلى شعوره بأنه سيفنى عليه وغير ذلك من أعراض القلق الحادة. فإن الخوف الذي يتأب المريض هو من قدوم النوبات مرة أخرى وهذه النوبات تأتي في أوقات مختلفة وعندما يكون الإنسان وحيداً وليس بالضرورة في المواقف الاجتماعية. وتشير بعض الدراسات إلى أن حالات الخوف الاجتماعي تشكو من استمرار الوجه كعرض أساسي للقلق بينما حالات القلق الحاد تشكو من خلط الألم في الصدر كعرض أساسي للقلق.

أما بالنسبة للتفريق عن الشخصية الاجتماعية الخلفة الحاد يكون لمرء صعباً ولا سيما في حالات الخوف الاجتماعي المتعمم. وعندما يمكن إطلاق كلا التشخيصين إذا توافرت صفات الشخصية الاجتماعية شكل واضح إضافة إلى كون أعراض القلق والخوف شديداً. أما إذا كانت أعراض القلق في المواقف الاجتماعية خفيفة ومتغيرة ولا يعتقد الإنسان أن خوفه وارتباكاً شديداً أو غير منطقي بل يصف نفسه بأنه فقط يشعر بالثوتر والارتباك والحساسية في المواقف الاجتماعية فإن تشخيص الشخصية الاجتماعية هو الأرجح ولا سيما إذا كانت لديه الصفات الإضافية المطلوبة لتشخيص هذه الشخصية.

ويمكن أن يكون تشخيص الخوف الاجتماعي أكثر سهولة إذا كان ظهور أعراضه المرضية متغيراً نسبياً أي بعد ٢٠ - ٢٥

سنة من العمر، وكانت ملاحظ الشخصية أكثر إيجابية، ولا توجد صفات الشخصية الاجتماعية بشكل واضح، لو أن ظهور الأعراض قد بدأ بعد صدمة عارضة من موقف معين حدث فيه الارتباك والقلق الشديد أو الانتقاد من الآخرين.

ولما بالنسبة للتصنيف من الاضطرابات الذهانية (Psychotic) والفصامية والذووية وحالات الاكتئاب الشديدة حيث يبدو المريض معزلاً ويهاب المجتمع والعلاقات مع الناس، فإن ذلك أمر سهل عادة. وذلك لأن المصاب بهذه الاضطرابات لديه أعراض نفسية أخرى واضحة تفسر سبب انزوائه وعزوله عن الآخرين مثل هذيانات الاضطهاد (Persecutory delusions) أو اضطرابات التفكير الاكتئابى مثل أفكار الذنب أو هيلاناته (Guilt Feelings or delusions) التي تجعل الإنسان مرتبكاً وفلياً وعالماً في المواقف الاجتماعية وعند لقائه بالناس. [مرجع رقم ١٦ - ٢٦].

ولذلك فإن النظرة النظامية لشخص ما من خلال تصرفاته مع الناس ووصفه بأنه خجول أو مرتبك لو أن لديه اضطراب الخوف الاجتماعي قد يكون خاطئاً وغير مناسب عالم فكري هناك معلومات إضافية واضحة ومتوفرة عنه.

ولا بد من الإشارة هنا إلى حالات مرضية أخرى قد تشبه بحالة الخوف الاجتماعي وهي اضطرابات النطق أو التأتأة (Stuttering). وهي اضطرابات عصبية عضلية تتعلق بشروط القدرة على النطق والكلام وهي ترتبط بالوراثة أحياناً وتبدأ معظم

الحالات قبل سن العاشرة. ويجب تفريقها عن صعوبات الكلام والنطق الطبيعية التي تظهر قبل الثالثة من العمر. وتكثر عند الذكور بنسبة ثلاثة أضعاف نسبتها عند الإناث. وهذه الاضطرابات منتشرة وقد تصل إلى ١٠٪ بين طلبة المرحلة الابتدائية. وعند الكبار يقدّر انتشارها بحوالي ١٪ من الناس.

وتتميز هذه الحالات باضطراب في النطق يتصف بإعادة مقطع من الكلمة أو تكرار أحد الحروف أو أكثر مثل حرف التاء ومن هنا جاءت التسمية الثالثة. ويمكن لغيره من الحروف أن يتكرر وينتشر النطق مثل حرف السين والقاف وغيرهم..

ويوجد هذا الاضطراب في حالة انقباض الآخرين لكلام الشخص لما فهو يحاول الانسداد عن الحديث أمام الناس أو يفضل عدم الإجابة والصلمت. والصوائف الاجتماعية تسبب قلقاً وتوتراً يزيد في اضطراب الكلام ولكن القلق ليس له علاقة أكيدة في نشوء هذا الاضطراب كما هو شائع بين الناس. [مراجع رقم ١٦ - ٢٣ - ٢٤].

ويتم العلاج بشكل أساسي على تعلمين النطق والكلام بشكل جلسات فردية أو جماعية إضافة إلى تعلمين أخرى لتقوية عضلات اللسان والحنك والقصم والقصم الموزونة من إخراج الكلمات وتفيد أيضاً الاسترخاء وتعلمين التنفس التي تساعد على انتظام عملية النطق. ويمارس العلاج بشكل أساسي المصالحات النطق وغيرهم من الاختصاصات الأخرى. وعدد من الحالات يشفى تلقائياً قبل سن السادسة عشرة. ويضمن كثير منهم مع

الملاج ولا سيما العلاج المبكر لوضع التشويش العنصر الذاتي . وربما تكون قصة الخطيب اليوناني الشهير التي ذكرت في مقدمة هذا الكتاب هي حالة من التثاقل وليست حالة خوف اجتماعي . وذلك لعدم توفر الوصف الدقيق لنوعية صعوبة النطق التي كان يعاني منها . حيث أن كلا الحالتين تشتركان بالخوف والتوتر من المواقف الاجتماعية والحديث أمام الناس ولكن تتميز حالة التثاقل باضطراب أساسي في اللفظ مميز بالتكرار السريع لأحد الحروف أو المقاطع كما أشرنا من قبل وهذا يختلف عن التلعثم في حالات الخوف الاجتماعي .

ويمكن في بعض الحالات أن يصبح المصاب باضطرابات النطق شديد الخوف والارتباك في المناسبات الاجتماعية وأن يهرب منها وهنا يمكن إطلاق تسمية الخوف الاجتماعي الثانوي أي النتائج عن اضطراب آخر أو الفلق ظهر المحدد . وهذه الحالات تختلف عن الخوف الاجتماعي الأساسي من حيث نشوئها وأسبابها .

والحالة المرضية الأخرى هي الرجفة الأساسية (Essential Tremor) وهي تصنف ضمن الاضطرابات العصبية . وتتميز برجفة خفيفة أثناء الحركة في إحدى اليدين أو كلاهما أو اهتزاز في الرأس . وقد يشترك الرأس مع اليدين دون القدمين . وبعض هذه الحالات وراثية وينشأها الأثر مجهول السبب . وهي تظهر في كل الأعمار ولا تترافق بأعراض أخرى . وفي بعض الحالات تسبب صعوبة في أداء بعض الأعمال اليدوية بسبب الرجفة

المستمرة وتستجيب هذه الحالات لبعض الأدوية، ولكن العلاج منها لا يحتاج إلى العلاج إلا إذا سببت صدمات مهينة. ونسب هذه الدرجة الأساسية للشخص المصاب بها إخراجاً وتوتراً عندما يراه الناس ويجتمع بهم وهي تزيد عند التوتر والقلق ولكن ليس للقلق فيها دور سبب [مراجع رقم ٢٥]. وقد تؤدي بالمصابين إلى أن يتجنب المواقف الاجتماعية ويختلف منها وعندما يمكن إطلاق تسمية المخوف الاجتماعي الانسحابي أو اضطراب القلق غير المحدد، وذلك لضررها من حالات الخوف الاجتماعي.



انتشار الخوف الاجتماعي

تدل الدراسات أن حالات الخوف الاجتماعي واسعة الانتشار. وربما يكون انتشارها أكثر في بعض المجتمعات مقارنة بمجتمعات أخرى. حيث تلعب العوامل الثقافية العامة والشرعية واختلافها بين المجتمعات دورها في تفسير ذلك الاختلاف. والدراسات الميدانية التي تهدف إلى تحديد سبب انتشار هذا الاضطراب في مجتمع معين نادرة، وهي صعبة التنفيذ لأنها تهدف إلى تشخيص الحالات من خلال إجراء المقابلات الميدانية والتغلب على العديد من البيوت وأماكن السكن ومن ثم تقدير عدد الحالات التي يمكن أن تعتبر حالات سريرية ومن ثم إجراء المعادلات الإحصائية وحساب نسبة الانتشار. والصعوبات متعلقة في كل مرحلة من مراحل الدراسة.

وتدل دراسة ميدانية أمريكية في ١٩٨٢ [مراجع رقم ٢٦]

والتي أجريت في ثلاثة مدن أمريكية أن انتشار الخوف الاجتماعي خلال ستة شهور هو حوالي ٢٪ من السكان. وربما تكون النسبة أقل من ذلك لأن الاستبيان الذي استعمل في هذه الدراسة لتعديد حالات الخوف الاجتماعي لم يمتحن في هذه الخوف الاجتماعي الناتج من الخوف من أماكن السوق ضمن الأسئلة المطروحة.

وفي دراسة أجريت على طلبة الجامعات في السنة الأولى لدخولهم إحدى الجامعات البريطانية عام ١٩٧١ بينت النتائج أن حوالي ٣ - ١٠٪ من الطلاب لديهم حالة الخوف الاجتماعي. ويشكل هام فين حوالي ١/٢٠٠ من النسل في المجتمع الغربي لديهم حالات الخوف الاجتماعي الشديدة وحوالي ٣ - ٤ أضعاف ذلك لديهم حالات متوسطة وخفيفة. (مرجع رقم ٢٦ - ٣٧).

وأما الدراسات الميدانية التي تجرى عادة في عيادات ومراكز الطب النفسي فإن نتائجها تدل على نسبة المرضى الذين يراجعون هذه المراكز. وهي نمطي فكرة عملية عن نسبة الأشخاص الذين يذهبون ويطلبون العلاج ولكنها لا تعطي أية معلومات عن نسبة انتشار حالة ما في المجتمع بشكل عام.

وتدل إحدى الدراسات أن ٨٪ من المرضى الذين يشكون من حالات الخوف في مشفى المونتالي للطب النفسي بلندن لديهم حالات الخوف الاجتماعي بينما ٦٠٪ منهم لديهم حالات الخوف من أماكن السوق (١٩٧٠). وفي دراسة أخرى

أمريكية في إحدى المراكز المتخصصة في علاج حالات الخوف والقلق فقط، كانت نسبة حالات الخوف الاجتماعي ١٣٪ وحالات القلق المحدد ١٣٪ أيضاً. بينما حالات الخوف من السوق كانت ٣٨٪ (١٩٨٣).

وتنتشر حالات الخوف الاجتماعي في المجتمع بشكل متساوٍ بين الذكور والإناث ولها في مجموع المرضي المراجعين للعلاجات النفسية، فإن نسبة الذكور هي أعلى بكثير من نسبة الإناث [مراجع رقم ١٤ - ١٦ - ٣٤]. ويعود ذلك إلى المواقف التي تساعد الإنسان على طلب العلاج والالتجاء إليه والمقدرة على تخطي الحواجز النفسية والاجتماعية والاقتصادية التي تمنع الإنسان من تلقي العلاج وتجهله بتألم وحائي مع نفسه ولا ينصح عن مشكلته ليربط العون الطبي وربما يلجأ للمور الاجتماعي للرجل الذي يتطلب منه العمل والجرأة والاحتكاك بالآخرين في مطلبه المواقف دوراً إيجابياً في زيادة معاناته وطلبه للعلاج.

وتدل الدراسات العلمية أن حالات الخوف الاجتماعي تنتشر أكثر في الطبقات المتدنية والمهجرة طائفاً وقد يرتبط ذلك بالقدرة على طلب العلاج وتوفر الإمكانيات المادية والطبية والمثلية وغير ذلك [مراجع رقم ١١ - ١٤].

وفي المجتمعات النامية وهول العالم الثالث ربما يكون انتشار حالات الخوف الاجتماعي أكثر. وقد يعود ذلك إلى أن أهمية الفرد وأرائه وفرص التعبير عن ذاته هي بشكل عام أقل

مروراً واحتراماً مقولته مع المجتمع الغربي . والعالم الثالث لا يزال حارقاً في مشكلاته وشميته وقد تقهه كمجتمع وبمحاول الاستقلال والتنمية وتأمين الحد الأدنى لمستوى المعيشة لمجموع السكان، كما أن النظرة السائدة هي جماعية أكثر منها فردية . وكل ذلك ربما يؤثر في ظهور حالات الخوف الاجتماعي إذا توفر وجود المؤثرات الأخرى.

(انظر إلى الفصل التاسع: حول الأسباب).

وتشير ملاحظات العديد من الأطباء النفسيين والأخصائيين النفسيين وغيرهم في الدول العربية والإسلامية إلى أن حالات الخوف الاجتماعي منتشرة وربما بنسب أكبر من الدول الغربية . ولا توجد دراسات ميدانية حول هذا الموضوع كي تؤكد ذلك الفرق.

وتسلك بعض الدراسات التي أجريت على المرضى المراجعين للمؤسسات النفسية ومراكز الطب النفسي الحكومية والخاصة في هذه الدول على أن نسبة حالات الخوف الاجتماعي بين هؤلاء المراجعين هي حوالي ٨ - ١٣ ٪ .

وتدل نتائج الإحصائيات التي قمت بها في عيادة الطب النفسي بجدة على أن نسبة هذه الحالات متباينة . كما أوضحت دراسة سابقة عام ١٩٨٧ في مشفى الملك فيصل التخصصي ومركز الأبحاث في الرياض بأن عدد حالات الخوف الاجتماعي بين المراجعين للمؤسسات النفسية العامة في المشفى هي حوالي ١٣ ٪ [مراجع رقم ١٤] .

على تشابك وتعدد العوامل التي تسلم في نشوء وتكوين حالات الخوف الاجتماعي. والتفسير الاجتماعي مفيد ولكنه ناقص ومباصر إذا أخذ وحده لأنه يهمل أهمية العوامل الأخرى . .

ومن هذه التفسيرات أنه ربما يكون لاختلاف طبيعة المجتمع الغربي دور في انخفاض نسبة حالات الخوف الاجتماعي. حيث أن بعض حالات الخوف الاجتماعي المنخفضة أو المتوسطة في المجتمع الغربي لا تنحصر للضغوط العديدة التي تتلقاها الواجبات الاجتماعية. حيث يمكن للفرد أن يعيش حياته معزولاً نسبياً دون أن يحتاج إلى أن يلتقي بالآخرين ويستضيفهم في منزله أو أن يتحدث إلي مجموعة من الناس. فالحياة القريبة طابعها العام الفردية والانزواء وعدم التدخل في شؤون الغير وقللة الواجبات الاجتماعية. وهكذا لا يتعرض المرء للإحباطات الكثيرة لأنه يخالف من وجهة الناس. وقد يعتبر أنه سلوكه عادياً وقد لا تراجع المبادئ النفسية من أجل ذلك وهذا يقلل من عدد حالات الخوف الاجتماعي في الإحصائيات.

أما في بلادنا فهذه الموضع مختلف وكثير من حالات الخوف الاجتماعي المتوسطة أو المنخفضة تروى المبادئ النفسية بسبب ظهور الأعراض وتكرار حدوث المواقف التي يحاول الإنسان أن يتجنبها. وهو يشعر بضرورة الاقتراب من الناس وأن لا يستمتع من العزلة أو استقبال الآخرين لأن ذلك أمر أساسي في ثقافتنا وديننا الإسلامي. وهذا ما يزيد حدة الصراع الداخلي

والشعور بالتوتر والقلق والمعاينة وأيضاً مزيد شعور الإنسان بالاضطراب في قدراته الاجتماعية وبالتالي فهو يراجع المبادئ النفسية طلباً للمفرد.

وربما يكون انتشار الخوف الاجتماعي في بلادنا حقيقة عملية لها أسبابها المتعددة الجوانب. ومثلاً ربما يؤدي التخبر السريع في أساليب الحياة والعمل إلى الشعور بالقلق والخوف وعدم القدرة على المواجهة. فالسمة الحديثة تتطلب اعتماداً على النفس والاعتماد على الآخرين وبشكل تنافسي فردي وضرورة الإبداع وإبداء الرأي. بينما تتميز أساليب التربية القديمة في المدرسة والبيت والمنشأة من مضمون الانتماءات بحفظ المعلومات عن طريق (السمع) واللفظ إضافة إلى العقاب الشديد والصرخات والتوبيخ أمام الآخرين. وتوسع الفجوة بين المدرس والتلاميذ وتقلص مساحة العبادة والخوف من انتقاد الآخرين وليس من انتقاد النفس، ولا يفتح مجالاً للمناقشة وإبداء الرأي. ويشجع كل ذلك أساليب الخوف والشعور بالنقص والتوتر في مواجهة الناس كما يجعل شخصية التلميذ منكسرة وانحسارية [مراجع رقم ١٧]. ولا تزال العقلية الصوفية التي تعتبر المريد (التلميذ) ككلمة بين يدي المعلم مثله كيف يشاء منتشرة بدرجات مختلفة في عديد من الدول العربية والإسلامية.

وكثير من المرضى يعيشون حياتهم بشكل عادي وهو موزون بأعمالهم البسيطة بشكل روتيني إلى أن يتطلب منهم العمل

المحدث المنظم والدقيق محدثاً من التغيرات والمهجمات مثل مناقشة خطة العمل وضرورة إيلاء الاعتراعات والرأي حول تطوير العمل ورفع إنتاجه وغير ذلك من المفاهيم والتفصيل. ومنعها تزداد درجة القلق والخوف ولا سيما أنهم لم يعمدوا على الثقة بالنفس والمسؤولية الفردية نجاة رؤسائهم وزملائهم. وهكذا يراجع بعضهم المبادئ النفسية طلباً للمعونة. وهذا ما يؤكد ضرورة الإعداد الأفضل للفرد منذ نعومة أظفاره وتشجيعه على أن يتحمل مسؤولية نفسه وأن يكون مسؤولاً وأخيراً بشخصيته وقدراته يستطيع الدفاع عن نفسه ويستطيع أن يحقق رغباته وطموحاته بشكل واقعي.

(أنظر الفصل التاسع حول الأسباب والفصل العاشر والحادي عشر حول الملاج والوقاية).

وأخيراً ربما يلعب الشعور بالنقص والدونية والشعور بالفهر الذي ارتبط بسنوات طويلة من الاستعمار والتبعية الاقتصادية والفكرية دوراً في تكوين بعض صفات الشخصية القلقة والضعيفة أمام مواجهة الناس وأخيراً في ظهور القلق الاجتماعي. ويحس علم النفس الاجتماعي مثل غيره من الظواهر. حيث تبين أن الشعوب الضعيفة المستعمرة والتي لا تملك أبسط الحقوق تنتشر فيها صفات الخوف والدونية. ويدافع بعض الأفراد الظهوريين عن هذه المظاهر المزمنة بتقل قيم المستعمر (Identification With The Aggressor) حيث يمارسون لمثل الفهر من جديد مع من حولهم ويخولون

المفهور إلى قلعر حديث. وهذا ما يزيد في اعتقاد الناس بعضهم لبعض وسخرتهم من بعضهم البعض ومحاولتهم تحطيم من يحاول اليرور والخروج من هذه القائرة السلية. ويؤدي ذلك إلى وضع الرجل غير المناسب في المكان المناسب... ويولد الطائفت الخيرة والإيجابية ويزيد الضغوط العامة في المجتمع والإسباط.

وكثيراً ما يلاحظ أن القطن يوجه الانتقادات اللاذعة ويبدل المجهود كي يحضر لأخيه حضراً ويحمله يدو صغيراً أمام الناس بينما ينظر من الرضا إلى أي شيء يذكر بالمستعصر وصفاته. وهذا ما يؤكد ضرورة البحث عن الذات كأداة إسلامية لها تاريخها ولما لها ولما لها والالتزام بالأخلاق الإسلامية وحب المسلم أخيه المسلم ومساعدته ومناصرته والنسب إلى مثل هذه المبادئ النفسية الاجتماعية التي نتج عن التغلف والاستمرار والتجربة. ومن الملاحظات الأخرى التي ترتبط بتكوين المجتمع والتي يمكن لها أن تؤثر في ظهور حالات الضغوط الاجتماعية انتشار القيم الزائفة التي تؤكد على المظهر بشكل كبير ولو كان ذلك على حساب الضمير. مثل الاحتفال بالحمل عند اختيار الزوجة مما يجعل الفتيات الأقل جمالاً عرضة لمظاهر النقص الشديدة والازدواج والخييل عند مواجهة الناس. ولهذا محاولة الإنسان ظهوره بمسوى أعلى مما هو عليه في شكله وطعامه وكلامه بشكل يرهقه ويرهق غيره ويهبط ثقته بنفسه ويجعله مشوّراً خشيّة أن يكتشف أمره. وكثير من الناس يعيشون وفقاً

لهذه القيم وإن كلام الناس هو المرجع الأهم. - ويؤدي ذلك إلى
تفهمهم أهمية الناس وما يتبع عنه من القيل والقال، ووصف
حده من الأمور على أنها حبيب وغير مقبولة وأنه لا يجب فصل
هذا أو ذاك. وكل ذلك مبني على أساس وفي جوهره التفاهة
والتباهي والقيم المصطنعة التي تكبل الإنسان وتبطله وتبني له
مزبداً من التوتر والقلق والحساسية الزائدة لما يقول عنه
الناس. وبعض الناس يكون مقتنعاً بهذه القيم ولكنه يعتبر نفسه
صحيحاً ومريضاً وغير قادر على مواجهة الناس لنفس فيه. ولما
البعض الآخر فهو يشعر بهذا التناقض بين القيم الصحيحة
والقيم الزائفة ويحرب بالتمامل بشكل والهي وصحيح وبسيط مع
الآخرين ولكن قلقة وخوفه يستعانه من ذلك مما يؤدي به إلى
الحزب من التوتر.

ومن القيم الاجتماعية الأخرى التي تشجع مشاعر النقص
والثبوتية هي اعتبار أن بعض الأفعال غير لائقة بالإنسان وأنها
أفعال وضعية أو حظيرة. حيث يتناقض الناس في الحصول على
أعلى الدرجات وأفضل المهن ومن لا يستطيع ذلك فعليه أن
يعيش معذباً قلقة لا يحب نفسه ولا يفخرها. وتعتبر حاسمة
تجاه الآخرين ومن هو أحسن منه حياءً سوات طويلة ولا
يستطيع التكيف مع عمله أو ظروفه التي استطاع أن يحصل
عليها. وهو لا يفخر نفسه حق قدرها ويؤثرها ويتفهمها ويحاسبها
باستمرار. وأحياناً عندما يتعب من ذلك يهبط على الآخرين
هنا الانتقاد وكثافتهم هم الذين يحاسبونه ويعتبر أن الناس

لم يصحح كلامه أو شخصيته أو تصرفه وهذا جزء من أعراض
الخوف الاجتماعي .

وهذا ما يؤكد ضرورة الاهتمام بالفرد وحقوقه في الحياة
الكريمة القائمة وفي العمل الذي يتناسب مع قدراته وظروفه .
وقد علمنا الإسلام أن العمل أساس الحياة وأنه عبادة وأن كل
فرد يقوم بموجبه وعمله وهو محاسب على ذلك في الدنيا
والآخرة .

وبما تحدثنا عن العوامل العضوية التي تميز كثيراً من
الدول العربية الإسلامية وإمكانية تأثيرها على انتشار حالات
الخوف الاجتماعي نجد أن زواج الأقارب ولا سيما من الدرجة
الأولى (ابن العم والخال أو ابن العمه والخاله وبناتهم) أنه
منتشر . (ولا توجد إحصائيات دقيقة حول هذا الانحطار) . وهذا
ما يؤدي إلى ظهور العوامل الوراثية بشكل أكبر في الأبناء
والبنات . وهذه العوامل تؤثر في اضطراب الظروف الاجتماعية
من خلال الاستعداد للقلق والخوف والذي يرتبط بالأعراس
والمواكب الاجتماعية .

وكما ذكر سابقاً فإن موضوع انتشار حالات الخوف الاجتماعي
في مختلف المجتمعات لا يزال غامضاً ولا بد من الدراسات
المقارنة بين المجتمعات لتحديد العوامل الاجتماعية والثقافية
المهيمنة لهذا الاضطراب بشكل أوضح .

(انظر الفصل التاسع حول الأسباب) .



المشاكل المرتبطة بالخوف الاجتماعي

ترافق حالات الخوف الاجتماعي بعدد من المضاعفات وذلك بسبب طبيعة الاضطراب نفسه وأعراضه. وقد بينت بعض الدراسات أن حالات الاكتئاب النفسي (Depression) قد تصل إلى ٥٠٪ في المرضى الذين يعانون من الخوف الاجتماعي. حيث أن الإحباطات المتكررة الناتجة عن الخوف ولا سيما في مجال العمل أو العلاقات الاجتماعية تجعل الإنسان لمسهاماً في فشله ويزداد أضرار الإنسان السلبية عن قدراته ويحترق نفسه ضيقاً وجعاً. كما أن الخوف يمنعه من أن يحقق شخصيته وإن يمارس حياته العادية في لقاء الناس والمحدث معهم وتبادل الزيارات والأداء والاحتفاء. وهكذا تحدث حالات اكتئابية مرافقة قد تكون مزمنة أو مؤقتة بعد فشل أو إحباط في موقف معين له أهمية خاصة في حياة الإنسان.

ويرافق القلق العام (Generalized Anxiety) مع بعض

حالات الخوف الاجتماعي الأخرى. وأيضاً بعض المخاوف المحددة. وفي بعض الحالات يحدث الخوف من أماكن السوق بعد فترة من المخوف الاجتماعي وتقلو نسبة هذه الحالات بـ ٧ ٪ من حالات المخوف الاجتماعي. وقد تبين أن الأشخاص الذين يعتمدون على الكحول والأدوية المهدئة المنومة يوجد بينهم من يعاني من حالات المخوف الاجتماعي. وهم يستعملون الكحول أو الحبوب المهدئة كي يستطيعوا مواجهة المواقف الاجتماعية المادية التي تسبب لهم الحوف والارتباك. وبعد فترة من الاستعمال يصبح عندهم حالة تعود وإيمان على هذه المواد الكيميائية. وتطور حالتهم نحو الأسوأ فهم يواجهون مشكلات الإدمان واضطرابا المنيعة الجسدية والنفسية. وبعضهم الآخر قد لا تصل مشكلتهم إلى حد الإدمان ولكنهم يستعملون هذه المواد في فترات معينة. وتدل الدراسات على أنهم يشكلون حوالي ٢٠ ٪ من حالات المخوف الاجتماعي في المجتمعات الغربية. (مراجع رقم ٢٦).

وتتعلق حالات الحوف الاجتماعي أيضاً باضطراب الشخصية ولا سيما الشخصية الاجتماعية الهروبية وأيضاً تكثر صفات الشخصية الاعتمادية والشخصية الوسواسية. ولا توجد إحصائيات حول نسبة هذه الاضطرابات المرتبطة. والعلاقة بين اضطراب الشخصية والخوف الاجتماعي علاقة معقدة. ويعتقد البعض أن اضطرابات الشخصية تهيئ لهذا الاضطراب. وبعضهم الآخر يعتقد أن حالة الخوف ذاتها تساهم في تكوين

واستمرار صفات الشخصية المضطربة ولا سيما في حال ظهورها المبكر.

وتبين الدراسات أن حالات الخوف الاجتماعي تسير سيراً مزمناً. وتزداد الأعراض شدة في حال تغير الظروف المهنية والاجتماعية التي تجبر الإنسان على أن يتعرض للمواقف الاجتماعية أكثر من قبل. وفي هذه الحالات يزداد التوتر والقلق والإحباط ويحاول المريض أن يتجنب هذه المواقف بشئ من الوسائل. وقد يؤدي ذلك إلى تدهوره المهني وعدم توافقه وفي بعض الأحيان يؤدي به إلى أن يخسر مهته حيث يُعتبر أنه غير كفء للقيام بعمله الذي يتطلب مواجهة الناس والتعامل معهم أو الحديث إليهم.

ويمكن في بعض حالات الصوف الاجتماعي أن يمتنع الإنسان عن الزواج بسبب الخوف من الحديث مع الجنس الآخر والتدخل الشديد من الأمور الجنسية إضافة إلى الخوف من مضايقة الناس وزياراتهم واستقبالهم في منزله إذا ما تزوج. وتنبئ المبالوف من حشرات الزنكاف والاجتماع بعدد كبير من المهشين والمدهوين وأن يكون الإنسان موضع الاهتمام والانتباه من قبل الحاضرين يتحفظونه وربما يعلقون على تصرفاته وشكله بشكل انتقادي. وهذا الخوف طبعي ومنتشر وقد يصبح مرضياً ويتطور إلى درجة شديدة تمنع الإنسان من التفكير في الزواج أو تأجيله سنوات طويلة.

ويمكن لبعض حالات الخوف الاجتماعي الأخرى غير

الشديدة أن تصبح تلقائية ومن خلال تجارب الحياة وجهود الإنسان المستمرة لمواجهة خوفه والتعرض لمواجهة المواقف الصعبة. وتؤدي التجارب الناجمة والظروف المساعدة التي يحقق الإنسان من خلالها شخصيته ولا يتعرض فيها للانتقاد الصريح إلى بناء الثقة في النفس وإلى نقصان درجة الخوف والتوتر وعدم الشعور بالأوباك الزائد أو القلق.

وتتطور بعض الحالات الأخرى إلى درجة شديدة تؤدي إلى انحباس الإنسان في منزله واستناده عن القيام بأي نشاط اجتماعي أو اشتراكه مع الناس ومصرف ذلك باسم الانحباس أو التقييد في البيت (House Bound). وفي هذه الحالات لا يخرج الإنسان من منزله أبداً ويحتاج إلى من يقوم برعايته وشراء حاجياته الأساسية. وقد تختلط هذه الحالات ظاهرياً مع بعض الاضطرابات النفسية الشديدة ولكن معرفة الأعراض المرضية وتاريخ تطور الحالة إضافة إلى الفحص النفسي تبين على أنها ليست حالة اضطراب عقلي وإنما هي حالة من حالات الخوف الاجتماعي المصاحبة التي تطورت إلى درجة شديدة. [مرجع رقم ٢٢].



حول الأسباب

تتمتع الأسباب التي تساهم في نشوء حالات الطوف الاجتماعي العصائرية... وينطبق ذلك التمديد على معظم الاضطرابات النفسية. ولا تزال الدراسات منسمة لإعطاء معلومات أكثر حول كيفية ومدى تأثير كل سبب على حدة.

ويمكن القول إن الطب النفسي يختلف عن كثير من فروع الطب الأخرى من حيث وصوله الأكيد إلى تحديد أسباب الأمراض والاضطرابات النفسية. ويرجع ذلك إلى عدد من العوامل ومنها: طبيعة الإنسان نفسه. فالإنسان بمكوناته الجسمية والعقلية والروحية والاجتماعية لا يزال لغزاً كبيراً من الشاحبة العلمية. وذلك لصعوبة إجراء الدراسات الدقيقة وتكرارها، وتعقد ملعة البحث نفسه. وأيضاً صعوبة إعطاء كل عامل مؤثر وزنه وأهميته من حيث تأثيره على الإنسان.

كما أن اختلاف الآراء حول تصنيف الاضطرابات النفسية

وتعريفها ومكوناتها ثم دور هي تقدم البحث العلمي ونسأل
الآراء ونصميم النتائج وغير ذلك. وقد نمت تطورات وكشوفات
هامة في وسائل التشخيص ودراسة الدماغ البشري وفي الأعضاء
من الناحية التشريحية والفيزيولوجية والكيميائية. وظهرت الأجهزة
الحديثة التي تسجل وتلتقط الدماغ في حالة الصحو والنوم
وخلال مختلف العمليات العقلية. كما تطور العلاج الكيميائي
وتأثير دواء معين على الجسم والجهاز العصبي. وأمكن دراسة
العمليات البديلة التي تجري في جسم الإنسان في الحالات
الطبيعية والمرضية المتنوعة وأثناء العلاج وبعد.

ومن المتوقع أن يحدث تقدم أكبر في فهمنا للاضطرابات
النفسية، ويختلف الباحثون في مدى شمولية ذلك التقدم حيث
أن البحث العلمي يتركز أكثر في النواحي العضوية الكيميائية
بينما النواحي الأخرى النفسية والتربوية والاجتماعية لا يزال
البحث فيها أقل تقدماً. والنظرة الشمولية تؤكد على أنه لا بد لنا
من تناول الإنسان واضطراباته النفسية من مختلف الزوايا
العضوية والنفسية والاجتماعية دون النظرة الضيقة التي تؤكد
على العوامل العضوية الكيميائية فقط.

وفي حالات الخوف الاجتماعي تبرز هذه العوامل الثلاثة
معاً في فهمنا لنشوء الاضطراب. وفي مناقشة الأسباب المتعلقة
بعائلة معينة فرعية ربما تبرز أهمية عوامل معينة بينما العوامل
الأخرى تكون أقل تأثيراً. وفيما يلي عرض ومناقشة لمختلف
الأسباب العضوية والنفسية والاجتماعية وفقاً لعدد من الدراسات

والنظريات التي تحاول تفسير نشوء حالات الخوف الاجتماعي .

وفي البداية لا بد من الإشارة إلى أن معظم الباحثين يعتبرون أن الفلق الاجتماعي وخوف الإنسان من الآخرين هو أمر لطبيعي وطبيعي وموجود عند جميع البشر . وهذا الفلق إيجابي ويدفع بالإنسان إلى أن يظهر بمظهر حسن وجيد أمام الآخرين ويجعله يتجنباً للغضب الناس ويظهر أحسن ما عنده من آراء وكلمات وتصرفات . ويدفعه هذا الفلق الطبيعي لاكتساب قدرات اجتماعية أكثر ومهارات عامة . وعادة تخف درجة الفلق مع تكرار مواجهة المواقف وأيضاً خلال نفس الموقف . ويعتقد البعض أن حالات الخوف الاجتماعي تختلف من الناحية الكمية فقط عن الفلق الاجتماعي الطبيعي فهي تمثل درجة شديدة ومنطرفة من الفلق ينشأ بسبب عوامل متعلقة . ولما البعض الآخر فهو يعتقد أن حالات الخوف الاجتماعي تختلف اختلافاً نوعياً وليس فقط في الدرجة عن الفلق الاجتماعي الطبيعي ويرتبط بهذا الاختلاف النوعي أسباب مرضية عضوية بشكل أساسي . وفي الوقت الحاضر لا يوجد ما يثبت هذه النظرية أو تلك .

□ العوامل العضوية والوراثية :

يُستَدرَسة في الترويج عام ١٩٨٩ أجريت على ٩٥ من التوائم الحقيقية أن التوائم الحقيقية تشترك بنسب أكثر من التشابه في مظاهر الخوف الاجتماعي مقارنة مع التوائم غير الحقيقية . وهذه المظاهر هي التوتر والرجفة في حال تناول

العظام مع الغريزة، وإن يكون الإنسان موضع مراقبة الآخرين أثناء العمل أو الكتابة. وتعد هذه الغريزة على وجود عامل وراثي وسيط يساهم في تكوين الخوف الاجتماعي. وهناك عدد من الآراء والفرضيات التي تحاول تفسير وترجمة العامل الوسيط والعمليات المصية العضوية التي تتعلق به. ولا يوجد رأي ثابت في الوقت الحاضر حول ذلك. وترتبط عادة العامل الوراثية لظهور اضطراب معين بتردد ظهوره في الأبناء أو الأمهات أو الأبناء أو الأخوة، وأيضاً في الأشخاص ذو القرابة من الدرجة الأولى. ولا توجد إلى الآن أية دراسة علمية نعت في هذا الموضوع في حالات الخوف الاجتماعي [مراجع رقم ٢٦]. ودراسة تلك ضرورة علمية ونظري المزيد من الضوء حول العوامل الوراثية وأهميتها.

ويحتشد بعض الباحثين أن هناك اضطراباً دائماً دائماً أساسياً يرتبط بالتكوين الجسمي والفكري للإنسان. جوهره الاستعداد المرضي للقلق. وهو يهيء لظهور حالات القلق الحاد والخوف من أماكن السوق والخوف الاجتماعي. ولا يوجد دليل واضح على ذلك ولا سيما أن معظم حالات الخوف الاجتماعي لا تتوافق مع اضطراب القلق الحاد الذي يأتي فجأة ودون ارتباط بالمواقف الاجتماعية. كما أن نسبة قليلة من حالات الخوف الاجتماعي تتطور إلى حالات الخوف من أماكن السوق.

والحقيقة أن أعراض القلق في حالات الخوف الاجتماعي تشبه أعراض القلق الحاد من حيث وجود أعراض زلزال ضربات

القلب والتنفس السريوع السطحي والرجفة وغير ذلك وهذه الأعراض مرتبطة من الناحية الفيزيولوجية بفترة الجهاز العصبي الذاتي (Autonomic Nervous System) والذي يتج عنه ازدياد مستوى مادة «الأدرنالين» في الدم. ومصدر ازدياد هذه المادة الكيميائية هو الجهاز العصبي المركزي (الدماغ) في حالة القلق الحاد بينما في حالة الخوف الاجتماعي هو المقعد العصبية المحيطة. كما بينت الدراسات الدوائية التي وجدت تحسناً كبيراً عند إعطاء مادة مضادات «بيتا أدرنالين» في حالات الطوف الاجتماعي وعدم التحسر في حالات القلق الحاد. وهذه الأدوية لا تعبر الحاجز الدمغي المخائي ولا تؤثر على الدماغ بينما تأثيرها الأساسي في الجهاز العصبي الذاتي وليس المركزي الدماغى).

ويعتقد بعض الباحثين أنه في حالات الخوف الاجتماعي تحدث إثارة خاصة للجهاز العصبي الذاتي وهي إما أن تكون بدرجة شديدة غير طبيعية أو أن مدتها تكون طويلة. حيث أن الدراسات وجدت أن الأشخاص المصابين عندما يطلب منهم إلقاء كلمة أمام الناس يحدث لديهم ازدياد في مادة «الأدرنالين» في الدم حوالي ضعفين إلى ثلاثة أضعاف عن الحالة ما قبل الحديث إلى الناس ولأن هذا الازدياد لا يتناول مدته ويكون وجيزاً.

وهذا الاختلاف العصبي في شدة الإشارة ومدتها بين الأشخاص الطبيعيين والمصابين بحالات الخوف الاجتماعي ربما.

يكون الأساس الفيزيولوجي الكيميائي العصبي لحالات الخوف الاجتماعي. ويمكن لمعدن من الموصل والمؤثرات المضوية والتكوينية الجنسية وغيرها من العوامل المتكسبة أن تؤدي إلى هذه الظاهرة. ولا يزال سبب هذه الظاهرة مجهول [مرجع رقم ٢٦].

ولقد بينت بعض الدراسات توافق حالات الخوف الاجتماعي مع قصور الصمام القلبي (Mitral valve prolapse) وكانت نسبة ذلك ٢٠-٢٥٪ في إحدى الدراسات [مرجع رقم ١٤]. وهو مرض وراثي يصيب حوالي ٥-١٠٪ من الناس وهو مرض سليم إلا في حالات قليلة. وأعراضه بشكل أساسي آلام في الصدر والنمب الجسمي إضافة إلى الخفقان واضطرابات نظم القلب. وأحياناً يكون دون أعراض ظاهرة [مرجع رقم ٢٥]. وهذا المرض يترافق مع حالات نفسية أخرى مثل حالات الفلق الحاد. ولا يزال تفسير هذا الارتباط غير واضح. وربما يؤدي اضطراب نظم القلب إلى زيادة عناصر الطوف والفلق عند الشخص وجعله حساساً بشكل خاص لأية تغيرات جسمية مرافقة لأعراض الفلق الطبيعي. وفيما بعد ونتيجة عوامل إضافية تتكون هذه المخلوف من المواقف الاجتماعية. وقد يكون هناك هاملاً مشتركاً يتظاهر بقصور الصمام القلبي الناتج وزيادة حساسية الجهاز العصبي الذاتي وزيادة استثارته وغير ذلك من التفسيرات.

وفي ملاحظاتي الخاصة لحالات الخوف الاجتماعي

(دراسة قيد الإجراء) تبين أن عدداً من المرضى يشكو من اضطرابات في الجهاز التنفسي العلوي مثل انحراف وتورم الأنف (Nasal Septal Deviation) والزيوت الأنفية (Nasal Polyps) وأيضاً عدم توازن الجوف الأضي بسبب عدد من الأسباب كالرضوض والالتهابات والحساسية. وقد يؤدي ذلك إلى خلل فيزيولوجي في عملية الشهيق والزفير ويجعل النفس الطبيعي ناقصاً وغير كافٍ مما يؤثر بدوره على الوظائف الفلجية التنفسية وربما يساهم ذلك في ازدياد أعراض الفلق الطبيعية في المواقف الاجتماعية ويجعلها أكثر شدة أو أطول مدة. وربما يؤدي هذه الاضطرابات مع وجود عوامل إضافية إلى نشوء بعض حالات المخوف الاجتماعي. وقد تكون هذه الأمور التنفسية المرافقة مجرد ارتباط عرضي وليس سبباً. وقد يكون تأثيرها قليلاً وجانبياً. ولكن ربما يساهم تصحيح هذه الاضطرابات التنفسية في التخفيف من شدة الأعراض المرافقة للمخوف الاجتماعي وانتظام عملية النفس. وتحتاج مثل هذه الملاحظات إلى دراسات أكثر لثبات مدى صحتها وأهميتها العلاجية.

ومن المعروف أن معظم الباحثين يعتقدون أن للجهاز التنفسي في اضطرابات الفلق بشكل عام أهمية خاصة. وأن الفلق مرتبط بالنفس الطبيعي والسريع. وتدل الملاحظات على الأطفال الرضع أنهم يتنفسون بشكل عميق حيث يستعملون عضلات البطن. وتقوم معظم الأساليب الشخصية للسيطرة على الفلق وأيضاً ما يسمى العلاج بالاسترخاء (Relaxation Therapy)

على التفرين على النفس العميق والهادي. وهذا بدوره يؤدي إلى زوال التوتر والقلق، إضافة إلى أنه يشكل خاص يساعد الإنسان على عدم انقطاع نفسه أثناء الكلام والمحدث أمام الناس كما يحدث في التلثم في حالات الخوف الاجتماعي. (أنظر الفصل العاشر حول العلاج للمزيد من التفاصيل).

□ العوامل النفسية :

تعتبر مرحلة التحليل النفسي من المحاور المركزية في تحويل للقلق الداخلي المرتبط بالرجبات والفرجات المكبوتة إلى موضوع الخوف نفسه ومن ثم الخوف منه. وينطبق ذلك على الخوف الاجتماعي أيضاً.

والرجبات الشخصية المكبوتة التي يتج عنها القلق الداخلي ترتبط أساساً بـ (حقة أوديب) وهي التنازل والصراع مع الأب من نفس الجنس من أجل الفوز بالأم وحماها، وترتبط هذه الرجبات التنازلية العدوانية والجنسية والرهبة في الظهور والتفوق عادة بالمشهور بالذنب والإثم والتظلم من أهمية الذات ومشاعر النفس وهذا بدوره يرتبط بمفظة الخصاء (Castration Complex) وهي نوع من القلق المستمر والخوف الداخلي المرتبط بتهدد الذات في تكوينها وقهرتها من مصاعب القوة والسلطة. حيث تتكون داخل الإنسان مجموعة من التصورات والآراء المتنافسة حول نفسه ورجبتها. وفي حال التعبير عن مثل هذه الرجبات في

المواقف الاجتماعية مثلاً فإن القلق والتوتر يتأثر به حول إمكانية مثل هذا التعبير وكونه مقبولاً من ضميره ومن الناس، ووزن ذلك التردد والتوتر ونشور عنه القلق والصراعات بعلاقتها المتعددة المظاهر ومنها الخوف الاجتماعي.

ويطس هذه الأراء التحليلية معقدة وصعبة الفهم أو أنها غير مقبولة. وما يهمنا هنا هو الإشارة إلى وجود عمليات نفسية ذاتية وصراعات داخلية وعقد تسلم في زيادة القلق والخوف المرتبط بالمواقف الاجتماعية التي يتعرض لها الفرد، ومن المفيد لهم هذه الصراعات في كل حالة على حدة والنسبي في طريق الحل أو التعديل أو التعبير.

ومن النظريات النفسية الأخرى التي نحاول تفسير حالات الخوف الاجتماعي أن الإنسان يسلط ضميره النفسي الشديد المتطرق على الآخرين، ونظراً لهذا هذا الضمير وتطبيقاته للإنسان نفسه وتخطيها المستمر فإن القلق الناتج من ذلك كبير يصعب احتماله.

فالضمير جزء من الإنسان نفسه والصراع معه قد بلغ درجة لا نطلق ولذلك فإنه يسلط على الآخرين كثيراً من محتويات ضميره عبر وطريقته النفسية اللاذعة في انتقاد نفسه، فهو يعتبر أن الآخرين ينهزمون عليه أو يخشون منه أو يتحدونه عند مقابلتهم أو الحديث أمامهم وهذا يفسر أعراض الخوف الاجتماعي.. [مرجع رقم ٤١].

وقد وجدت بعض الدراسات أن إزهاق الشعور بالفردية

وازدحام مشاعر التمرد وعدم الانقياد يربط بحالات الخوف الاجتماعي . وبالطبع فإن كل إنسان يحب نفسه ويرغب في أن يكون مبتكراً خلاقاً ومختلفاً وليس نسخة طبق الأصل عن شخص آخر أو الآخرين . كما أن مشاعر عدم الرضا والتمرد تشكل دافعاً نحو التغير والتطور الإيجابي في كثير من الأحيان . وبعض الناس لا يستطيع التعامل مع هذه المشاعر الشخصية بشكل إيجابي بل يزداد لطفه وتوتره ويؤدي ذلك إلى الضغوط والارتباك في المواقف الاجتماعية [مرجع رقم ١٤ ، ١٨ ، ٢٦] .

كما بينت بعض الملاحظات الميدانية أن بعض مرضى الخوف الاجتماعي لديهم صعوبة خاصة في التعامل مع المشاعر العدوانية والتي تظهر بشكل انتقاد أو عدم الموافقة في الرأي أو عدم الرضا عما يجري من حديث أو تصرفات . ولكنهم لا يستطيعون التعبير عن مشاعرهم وآرائهم بشكل مقبول وذلك لصلة من الأسباب مثل ضغط لغوتهم اللسوية وتغييراتهم المتعسبة أو بسبب صلة هذه المشاعر التي يؤدي التمييز عنها إلى إيذاء الآخرين وإزعاجهم . أو بسبب الخلق والتوتر الشديد الذي تحدثه مثل هذه المشاعر في داخلهم . ويؤدي ذلك إلى أعراض الخلق والخوف من هذه المواقف والتزام الصمت طائلاً ، وفي بعض المواقف يمكن لهذه المشاعر أن تفلت ويحدث التعبير اللادع وعدم الموافقة والانتقاد للآخرين .

ويجد في هذه الحالات معرفة أسباب المشاعر العدوانية وتفهمها إضافة إلى الأساليب الإيجابية والمقبولة في تصريفها

مثل الرياضة وضربها. كما أن التعرّين العملي على التمييز بين الطيات بأشكال وكلمات متعددة يساعد في إقضاء الشخصية وأسالجها في التصور الإتصالي ولزيادة القدرة على تنظيم المشاعر العدوانية بشكل ناجح ومتكيف.

ومن الملاحظات المهمة الأخرى أن عدداً من مرضى الخوف الاجتماعي لديهم تصورات خاطئة عن أنفسهم من النواحي الجنسية حيث يخطر في بالهم أنهم ربما يكونون شاقين جنسياً أو نالعين من النواحي الجنسية وأن الآخرين ربما يلاحظون ذلك.

ويرجع ذلك في الغالب إلى المعلومات الخاطئة إضافة إلى بعض الصراعات النفسية اللاشعورية والتجارب الطائفة. وهذا الخلق المرتبط بالهوية الجنسية يكثر عادة في مرحلة المراهقة وما بعدها وهو يرتبط بعدد من الاضطرابات النفسية ومنها الخوف الاجتماعي.

٣ العوامل السلوكية والنائية والمعرفية :

اهتمت المدرسة السلوكية في تفسير حالات الخوف الاجتماعي بدراسة التجارب المؤلمة والصدمات التي يتعرض لها الشخص خلال تاريخ حياته. وقد استعملت مفاهيم بسيطة تعتمد على التعلم والتعلم الشرطي (Conditional Learning) والمكافآت (Rewards) والنتائج المترتبة على سلوك معين.

ولذا تعرض الإنسان لموقف اجتماعي مؤلم ومزعج... فإنه

يتعلم أن هذا الموقف أو ما يشابهه من المواقف سيكون مؤلماً ومزعجاً، وهكذا ينشأ الخوف الاجتماعي بعد تجربة سلبية أمام الآخرين حدث له فيها تعلم أو خفاق شديد في القلب أو وعشة أو انقطاع ولم يستطع أن يتخلص من ذكرها وتأثيرها السلبى على نفسه وصحته .

وبعض الأشخاص ممن لديهم حالة الخوف الاجتماعي يذكر مثل هذه المواقف وبعضهم الآخر لا يذكرها . . ووفقاً لنظرية التعلم فإن التذكر ليس شرطاً أساسياً ونفترض النظرية أن الإنسان قد مر بتجارب وبما تكون شديدة وذكرها قد زالت عن الذاكرة ولكن تراكبات الصدمات والتجارب المألزمة يؤدى في الإنسان إلى نشوء سلوك استجابى وما يرافقه من خوف ولقلق من الموقف المشير للألم .

ومن الفرضيات الأخرى السلوكية أن المرضى الذين يكون عندهم الخوف الاجتماعي يحدث عندهم حساسية خاصة تجاه الأعراض الجسمية المرافقة للقلق ولقد تعودت أجهزة أجسامهم وأعضائهم على تلك الحساسية . ويتج من ذلك أنهم قد تعلموا أن المواقف الاجتماعية ترتبط بزيادة في التوتر والقلق وهم بالتالي يخافون هذه المواقف ويتجنبون عنها ولا يواجهونها . ونفترض أيضاً أن ردود أفعالهم تجاه القلق الجسمى الطبقي هي ردود متطرفة ويغسر ذلك التعلم المبك والقصود على الإستجابة المتطرفة تجاه القلق .

وهكذا يمكن القول بأن استجابة الخوف والقلق للمثيرات

الاجتماعية هي علاقات خاطئة وغير ملائمة. ويقوم العلاج على إعادة تعلم عادات جديدة أكثر تكيفاً في المواقف الاجتماعية من خلال تغيير ما يبنى السلوك نفسه والنتائج التي تليه. [مرجع رقم ١٨ ، ٣٧].

وتعتبر المدرسة النفسية النمائية (Developmentally Psychology) التي تهتم بدراسة مراحل النمو وتطور قدرات الإنسان منذ الطفولة المبكرة إلى من الشباب أن البب الرئيسي في حالات الخوف الاجتماعي هو عدم اكتساب القدرات الاجتماعية المناسبة أو نقص هذه القدرات. حيث أن التعامل مع الناس يحتاج إلى قدرات متميزة مثل النظر في وجه الشخص الآخر أثناء الحديث معه وإظهار الاهتمام بكلامه من خلال وضعية جسمه وحر الرأس وغير ذلك. كما يحتاج للفرد على الانسجام لم اختيار الوقت المناسب للكلام. وإيضاً معرفة ما يريد الطرف الآخر والحساسية لوجهات وقراءات تعبيرات وجهه ومعنى كلامه. فإذا تحدث الإنسان حديثاً مثلاً أو غير مناسب يمكن أن يقرأ ذلك من ردود فعل الآخرين وعليه أن يغير موضوعه أو يلاحظ الجور بتكئة أو ما شابه ذلك. . . كما أن مواقف التوتر والانزعاج تحتاج لقدرات معينة غير نهضة الموقف وتعديله أو تحمليه ومواجهته.

وعندما يريد الإنسان أن يطلب طلباً معيناً أو يبرر عن رغبة ما عليه أن يدرك كيفية ذلك ولد يتعلم صداداً من الطرف والأساليب ليبر عن نفسه بشكل صحيح وقمال

ويرتبط اكتساب القدرات الاجتماعية بالبيئة المحيطة
 بالإنسان وقدرات من حوله وتشجيعهم. حيث يتعلم الإنسان من
 الآخرين ويعلمهم. كما يرتبط بوجود المرحس المناسبة للتعليم من
 الأقارب ومن الكبار. وقد وجدت الدراسات أن الأسر التي تنقل
 كثيراً في عدد من المدن أو البلدان تزود في أبنائها حالات
 الخوف الاجتماعي. ويؤود ذلك إلى عدة عوامل وصفا عدم
 إتاحة الوقت الكافي لإقامة علاقات اجتماعية مستمرة ومتكررة
 مما يجعل فرص الأبناء أمام اكتساب هذه القدرات وتطورها
 قليلة [مرجع رقم ٢٢ - ٢٦ - ٤٠]

ويطرح العلاج وفقاً لهذه النظرية النماذج على اكتساب
 القدرات الاجتماعية وتطورها من خلال النماذج المتعددة
 بشكل فردي وجماعي. كما أن لهذه النظرية أهمية كبيرة في
 مجال الوفاة حيث تبرز أهمية تلعب المرحس المتكررة للأطفال
 والمراهقين والتكيف للتصير من أنفسهم وتفردهم على مواجهة
 المواقف الاجتماعية المتنوعة واكتسابهم للقدرات المطلوبة في
 الحديث أمام الناس ومعهم.

وأما المدرسة المعرفية (Cognitive School) والتي تعطي
 أهمية كبيرة لأفكار الإنسان عن نفسه وعن الآخرين وعن
 المستقبل فهي تعتبر أن السبب الرئيسي للخوف الاجتماعي
 يكمن في طريقة تفكير الإنسان عن نفسه وعن غيره فهو ينظر
 إلى نفسه نظرة سلبية ويظل من إتجاهاتها ونشاط الفكرة فيها.
 ويضعف نقاط ضعفه ويحصره

ومن ناحية ثانية يعطى للأعسرين ونظرتهم وآرائهم أهمية كبيرة غير واقعية ويحطون أن يرضيهم بشئ الوسائل وكان رضى الناس غاية الكبرى.

وقد وجد الباحثون أن عدداً من الأفكار الطقائية التي يفكر بها الإنسان تشكل جزءاً من اضطراب الخوف الاجتماعي وهذه الأفكار سلبية بشكل عام وتتردد في ذهنه بشكل متكرر وأوتوماتيكي (Automatic Thoughts) وهي ترتبط بمجموعة أخرى من المفروضات الأساسية للشخص نفسه حول ذاته والآخرين. ومثال ذلك أن الشخص يتردد في ذهنه أن كلامه ممل أو أن الناس يلاحظونه باستهزاءهم كي يتأثروا منه ويخفروا. والعرضية الأساسية في التفكير هي «أنتي أقل أهمية من الناس وأن الناس كلهم شر ولذا عاذه». ويتوصل الإنسان إلى مثل هذه الأفكار من خلال أخطاء في طريقة التفكير مثل التعميم من خلال تجارب قليلة. أو التعميم لأمور بسيطة أو الاستنتاج الانحياطي الانطوائى في حين العكس.

ويقوم العلاج المعرفي على استبدال الأفكار السلبية بأفكار إيجابية أكثر وتبين عادات التفكير الخاطئة وتعديلها. . . [مرجع رقم ٣٨ - ٤٠].

﴿أنظر الفصل المباشر حول العلاج للمزود من التفاصيل﴾.

□ العوامل الأسرية والثقافية والاجتماعية :

تلمس العوامل الأسرية دوراً هاماً في نشوء حالات الخوف الاجتماعي . وقد بينت بعض الدراسات أن المرضى المصابين بالخوف الاجتماعي يذكرون في تاريخ شخصيتهم أن طفولتهم كانت غير سعيدة وأنهم عانوا من الحرمان العسي والملي وأن علاقاتهم بالوالدين كان يسودها البعد العاطفي والبرود إضافة إلى عدم التقبل والرفض من الأهل

وهذه الذكريات تساهم عادة في تكوين مشاعر النقص كما تؤدي إلى ازدياد مشاعر الإحباط والعدوانية والتوتر وعدم الرضا عن النفس ، ويشارك في مثل هذه الذكريات كثير ممن يصاب بمختلف الاضطرابات النفسية وليس الخوف الاجتماعي وحده

وفي دراسات أخرى كان تقسيم مرضى الخوف الاجتماعي لمعلاقتهم مع أهلهم في المراحل المبكرة في حياتهم بأنها كانت تصنف بالمعاملة الزائدة بشكل عام ومن أمة احتمال للسطر . ومن ناحية أخرى فإن المرضى لاكتشاف الحياة بشكل تلقائي وذاتي ضعيفة . حيث أن مراقبة الأهل الشديدة وانتقاداتهم وتوجيهاتهم المتكررة وعدم رضاهم عن التصرفات المعادية الطفولية تؤدي إلى فرض القيود الكثيرة والخوف والارتباك عند القيام بأي عمل قد لا يكون صحيحاً .

وهذه الدراسات السابقة تعتمد على ذكريات المريض فقط وهي تتعلق بمسرحية مضت من تطويع الإنسان وهي تسمى

بالدراسات الاسترجاعية (Retrospective Studies) وفهمتها العلمية أقل من الدراسات المتابعة المستقبلية (Prospective Studies) ذلك لأن الإنسان يمكن له أن يشوه ذكرياته الماضية بسبب الظروف والأحوال المحيطة إضافة إلى تدخل الذكريات وعوامل النسيان وغير ذلك. وأما في الدراسات المتابعة المستقبلية فإنه يتم دراسة مجموعة من العوامل في عدد من الأشخاص وتجري المتابعة ودراسة هذه العوامل بعد فترة محددة أو بشكل مراحل زمنية.

وهذه الدراسات في مجال الأسرة والتربية صعبة وشاقة حيث يجب دراسة صفات الأسرة والأساليب الأبوية في مجموعة من الأطفال ثم متابعة حياتهم سموت طويلاً ومعرفة الآثار المترتبة ودرجة الارتباط بين صفات تربية معينة وبين اضطرابات نفسية أو غيرها. ونتائج مثل هذه الدراسات أكثر صحة ودقة من الدراسات الاسترجاعية.

ويمكن للأسرة أن تؤثر في نمو حالات الطوف الاجتماعي من خلال سلوك الأب أو الأم أو الأخ أو الأخت الأكبر سناً. وذلك من خلال التقليد وتمثل المثلوك المضطرب وأيضاً الانسجاطن (Introjection) وهجرة من الصلليات النفسية التي تدفع الطفل إلى التعلق بأحد الوالدين أو الأخت وتكرار أساليبه الاجتماعية وتصرفاته المفعولة المرتبكة في المواقف الاجتماعية وأيضاً حفظ تعلقاته وأرائه وتمثل نمونه ولقنه من الآخرين.

كما يؤدي التوتر الأسري والمشاكل بين الأبوين إلى زيادة القلق في جو الأسرة ويساهم ذلك في زيادة السلوك الانكسائي

والانسحاب عند واحد من أفراد الأسرة أو أكثر..

والأسرة وفقاً لنظرية الأنظمة أو المنظومات (Systems Theory) تتكون من وحدات متفاعلة باستمرار والعمليات والسلوكيات التي تحدث في أحد أطرافها تؤثر على الطرف الآخر. وعندما تواجه هذه الوحدات المتفاعلة معاً خطراً أو مشكلة ما ينفذ توافيقها الداخلي ويريد التوتر. والسلوك المضطرب يمكن له في بعض الحالات أن يمتص هذا التوتر الزائد ويحافظ على تماسك الأسرة من جديد.

وهكذا يمكن للتخوف المبرح وتحت مظلة الناس عند أحد أفراد الأسرة أن يلعب دوراً إيجابياً في تماسك الأسرة أثناء مواجهتها لخطر ما حيث تتحول الأنظمة إلى الجهد لمساعدته وتقديم المكون المشترك له وهذا بدوره يزيد تماسك الفرد بأعضاءه ويمكن أن توجد أعضائه هذا في حال مواجهة الأسرة لهما بعد خطراً جديداً يهددها بالتفكك والانهيار. مثل ما يحدث لبعض الأطفال والمراهقين في الأسرة التي يكون فيها الزوجان على وشك الانفصال وغيرها من الأمثلة التي تهدد بالتفكك.

ومن ناحية أخرى فإن التوازن في الأسرة يتطلب وجود أحد الأطراف الذي يمثل في سلوكه نوعاً من الضغط السلبي في ناحيته لمواجهة الضغوط الإيجابية في ناحية أخرى. فالزوج العصبي كثير الهياج تعود زوجته على الصمت والبرود لتعديل الموقف.

ومن الملاحظات العيوية أنه يمكن للزوج (أو للزوجة) أن يساعد على تأكيد السلوك المضطرب والهروب من المواقف الاجتماعية والخوف من إقامة علاقات جديدة من خلال سلوك الطرف الآخر المعاكس. كأن يكون الزوج منطلقاً متعدد العلاقات والزيارات ولا يجلس في بيته إلا قليلاً وأيضاً يكون جريئاً مسيطراً ومتكلماً يتحدث كثيراً ولا يفتح لغيره باب الحديث أو إبداء الرأي. وهذا ما يؤدي إلى تثبيت سلوك الخوف والارتباك والانسحاب الاجتماعي عند الطرف الآخر. لأن الزوج بشكل عملي يرضيه السلوك المضطرب ولو أنه في بعض الأحيان ينضد زوجته على ارتباكها ويحبطها ويحسن حالة الزوجة من ناحية خيولها الاجتماعي ربما يؤدي إلى اعتلال التوازن في الأسرة كلها. مما يتطلب دعماً مشتركاً بهذه العمليات الأسرية وتفهيمها ومساعدة الطرفين سماً على التفسير واكتساب السلوك الإيجابي المتعاون الذي يضمن الضغط على الأسرة وفعاليتها بشكل صحي سليم.

وتلعب بعض الأمور التربوية دوراً في تثبيت الصفات من المواقف الاجتماعية مثل إطلاق الصفات وإلصاق السمات والصفات (Labeling) على الشاب المراهق أو الطفل كأن يسمى بأنه عجول أو ضعيف أو أنه لا يتكلم أو غير ذلك في البيئة المنزلية أو المدرسية. حيث يمكن أن تكون هذه السلوكيات مؤقتة وعابرة ومرحلية ولها أسبابها العديدة ولكن إلصاق مثل هذه الصفات بالإنسان واعتبارها لراً مسلماً به وفروغاً منه يزيد في

تقليده ويجعل عليه من الصعب أن يتجاوز هذه الصناعات والسلوكيات. وفي التنبيه لذلك أهمية وقائية واضحة. وفي بعض الحالات الأخرى نجد أن الأهل أو المدرسين يشجعون في أبنائهم وطلابهم صفات الطاعة الممياء والاحتمادية والنزاهة الصمت وعدم الرد إضافة إلى الطوك المتكتم المقتدر الهادئ. ويعتبرون ذلك فضيلة وأن ذلك نوع من التهذيب الشديد والمثالي. وليس لذلك أية علاقة بالحياة بالمعنى الأخلاقي الديني الذي يعني الاعتماد عن النفس وترك الفصح من القول والعمل (راجع مرجع رقم (٢) صفحة ١٩٨ : باب الحياة). (الحياة يعني النجبل باللفظة المدرجة المعاصرة ولكن ليس بالمعنى الديني) وعندما يتقدم في العمر وعليه أن يواجه الحياة والناس يجد نفسه حائفاً قلقاً وخير وأثنى بنفسه وقدراته الذاتية وتنقصه الجرأة في إبداء رأيه والتعبير عن رغباته.

ومن الأمور التربوية الهامة التي تساهم في تكوين الطول الاجتماعي كثرة الأوامر والنواهي والمنعومات وتنفيذ التعليمات والقواعد التي يجب اتباعها في المواقف الاجتماعية، والجمود وعدم المرونة وشدة الطاب في حال عدم نظيفها (مرجع رقم ١٤) حيث يؤدي ذلك إلى زيادة القلق والتشور بالحرج والتعبد والخوف ومراجعة النفس المستمرة حول ما إذا كان تصرف معين مطابقاً لتلك الشروط أو أنه خاطئ وغير صحيح. وفي حال حدوث أخطاء ومن ثم الطوب الصارم فإن التشور بالتعطف والتعسف يزيد كما تزيد مراجعة النفس فيما بعد ويصبح الإنسان

رسمياً وشكلياً في تصرفاته مع الآخرين وتضعف قدرته على التعبير التلقائي عن نفسه ورغباته مما يزيد في إلحاحه وسأهم في تجنبه للمواقف الاجتماعية والخوف منها.

وأما بالنسبة للأمور الاجتماعية والمخاضية فإن هناك عدد من العوامل التي يمكن أن تؤثر سلباً أو إيجاباً في نشوء حالات الخوف الاجتماعي أو التخفيف منها وذلك من خلال تأثيرها على طرق التربية والقيم والأفكار الاجتماعية والبيئة نفسه.

ومن العوامل السلبية عدم وجود مرض التعبير عن الذات أو ندرة هذه الفرص وعدم التأكيد على أهمية الفرد وحريةته ومشاركته وتشجيعه على تحقيق شخصيته ونسبة مواهبه ولذرائه. حيث يساهم في ذلك سوء الثقة المصروفة في النفس وضغط القدرة على التعبير الذاتي.

وأيضاً التأكيد على أهمية نظرات الآخرين والخوف من تقييم الناس بدلاً من الخوف من الصعير الشخصي إضافة إلى إبراز أهمية المظاهر الخارجية والتكامل بدلاً من المضمون [مراجع رقم ١٤ - ١٧ - ٢٣].

ويلعب ملوك الأشخاص المحيطين بالفرد وعلاقاتهم دوراً هاماً في توتر الفرد وحساسيته لهم. فالمحيط المدواني الانتقائي الذي لا يتقبل الفرد ويحكم عليه ويسخر منه له دور سلبي واضح. وكذلك التنافس الشديد الذي يؤكد على النجم أو الظل الوحيد.

وأما المحيط الاجتماعي الذي يتقبل الفرد ويشجعه على
المشاوكلات المتنوعة لقدراته فدوره إيجابي .

ومثال ذلك التأكيد على حقوق الأشخاص ذوي العاهات
المختلفة الجسمية وغيرهم من لديهم أمراض مزمنة إضافة
لشخصا ذوي المستوى المنخفض من حيث قدراتهم
الجسمية أو العقلية أو المهنية . وقد وجد أن المعرفة الاجتماعية
واضطهاد الملونين أو الأقليات الأخرى في المجتمع العربي له
دور سلبي واضح في إصابتهم بالقلق وبهذه الضغوط
الاجتماعي (مرجع رقم ٢٤) وربما يكون هناك عوامل تربية
 واجتماعية إضافية تلعب دورها وترتبط بالمحور الأساسي الذي
يجمع هذه العوامل وهو يتجلى في كيفية تطور صورة الإنسان
من نفسه ومدى ثقته بها وقدرته على التعبير عن نفسه ورعايته
 أمام الآخرين

والأمور التي تساعد على تكوين صورة إيجابية عن الذات
ولهي : له الفرص المشجعة للتعبير عن نفسه ورعايته وأرائه
 تلعب دوراً وفاعلاً وعلاجياً

وأما الأمور التي تساهم في تكوين صورة سلبية عن الذات
ولانتهى : له الظروف السلبية للتعبير عن نفسه فهي تلعب دوراً
مرتباً يساهم في نشوء حالات الخوف الاجتماعي واستمرارها
المزمن .

كلمة أخيرة حول الأسباب . . . كما هو واضح مما سبق
مناقشته من الأسباب المتعددة التي يمكن أن تسبب الخوف

الاجتماعي فلا لا يوجد سبب واحد. وفي كل حالة فردية ربما يجتمع العديد من هذه الأسباب. والبحث في هذه الأسباب الفردية مهم لأنه يساعد على تحديد خطة علاجية أكثر مناسبة للشخص نفسه. وقد يختلف ذلك أكثر من جلسة واحدة وأحياناً عدة جلسات ولقاءات مع الطبيب المعالج.

كما أن معرفة الأسباب تساعد على الوقاية بموانعها المتمثلة حيث أن الوقاية بالمفهوم الطبي تهدف إلى منع ظهور الحالة المرضية أساساً إضافة إلى التخليص من المسبب المزمن والشديد والمضاعفات التي يمكن أن تنشأ بعد ظهور الحالة. (انظر الفصل الحادي عشر حول الوقاية).



□ الملحق العاشر

حول العلاج

تعتمد الأساليب العلاجية التي يمكن استخدامها في حالات الخوف الاجتماعي، وتختلف متحابة المريض لأساليب العلاج المتنوعة وفقاً للتفاصيل المرتبطة بحالته إضافة لشخصيته وظروفه العامة. ولدى الدراسات العنمية على فعالية ونجاح هذه الأساليب العلاجية، ولها يلي بعض التفاصيل حول هذه الأساليب:

□ العلاج الدوائي:

تمثل الدوائيات الدوائية القديمة التي أجريت على مجموعة من عينات المرضى والأشخاص العاديين طائفة الأدوية المطبوعة للأدريالين من زمرة بيتا (Adrenergic Blocker) وأيضاً الأدوية النشطة للخصائص الوحيدة الأمين المؤكسدة (M.A.O.E) في حالات الخوف الاجتماعي المستتطة بحالات الخوف الأخرى والقلق، وأيضاً هناك (كلوبيبرامين) (Anafrazin) وهو من مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقة (وهو مفيد وفعال في

حالات الاكتئاب والوساوس الفهرية والمخاوف قد وجد أن له تأثير إيجابي في بعض الدراسات التي أجريت على عينات من المرضى الذين يعانون من الخوف الاجتماعي إضافة إلى أعراض أخرى وقد يستدراسات أخرى أن (إيمبرامين) وهو من نفس الزمرة السابقة غير مفيد في حالات الخوف الاجتماعي مع أنه دواء قصود في حالات الملحق [مراجع رقم ١٦٦] كما يستدراسات في مشفى الملك لبلل التخصصي بالرياض [مراجع رقم ١٦٤] أن استعمال مصادات الاكتئاب والقلق (دون تحديد دقيق لوعيتها) لم يكن له نتائج إيجابية واضحة

ويمكن لمصادات الاكتئاب الحديثة مثل (فلوفوكسامين) (Fluvoxamine) أن تعيد في بعض الحالات كما تبين التجربة العملية ولكن لا توجد دراسات في الوقت الحالي حول ذلك.

وأما المهدئات والمنومات من زمرة (البنزوديازيبين) فإن تأثيرها متناقص حيث أن بعض الدراسات أوضحت بفعاليتها بينما في بعضها الآخر كانت سلبية إضافة إلى مشكلات التعود والإدمان على أدوية هذه الزمرة في حال استعمالها المديد أو جرعات كبيرة وتشير إحدى الدراسات الحديثة إلى فائدة الأدوية المشطة للمحاث الوحيمة الأمين المؤكدة في الحالات الحلقية لمرضى الخوف الاجتماعي، [مراجع رقم ١٦٧]. وهذه الأدوية لا تسبب الإدمان ولكن لها آثار جانبية وتفاعلات دوائية عديدة وخطيرة إذا ما استعملت

مع بعض الأدوية الأخرى أو بعض الأطعمة ويتطلب استعمالها حذراً ودقة خاصة.

وقد بيّنت معظم الدراسات القديمة والحديثة فائدة الأدوية المضادة للأدوية من رزمة بيتا مثل (Inderal) حيث يمكن استعمالها قبل حدوث الموقف الاجتماعي لمدة ساعة أو أقل. [مرجع رقم ٢٦]

وهذه الأدوية تستعمل أساساً لتنظيم ضربات القلب وأيضاً كمضادات لارتفاع ضغط الدم بجرعات عالية (في حالات الخوف الاجتماعي يكون تأثيرها الأساسي في التثبيط من مظاهر وأعراض القلق المحيطية كارتداد ضربات القلب والرجفة وغيرها). وأما استعمال هذه الأدوية بشكل مستمر وبعمر في حالات الخوف الاجتماعي فلا يوجد ما يؤيده من الدراسات وهذا يحتاج للتصريح من الدراسة لبيان مدى فائدة هذا الاستعمال ونتائج العلاجية.

وهذه الأدوية تعتبر سلبية نسبياً ولا يحرر استعمالها في حال وجود مرض الربو القصبي وحالات الحمى القلبي من الدرجة الثانية أو الثالثة وغير ذلك. كما أنه لها بعض الآثار الجانبية. مما يتطلب مراجعة الطبيب قبل وصفها.

ويصف بعض الأطباء عدداً من الأدوية النفسية مثل المهدئات الكبرى ومضادات الاكتئاب وغيرها في حالات الخوف الاجتماعي والهدف الأساسي من ذلك تخفيف درجة القلق والتوتر ومساعدة المريض على الإحساس بأنه أكثر قوة

وأنة يمتلك وسيلة علاجية لتغلب على خوفه الاجتماعي . ويخيد ذلك في بعض الحالات ولا يفيد في حالات أخرى . وتلك كتبر من القوميات على أن الاستعمال المؤقت للأدوية ولا سيما قبل التعرض للموقف الاجتماعي يمكن أن تكون له آثار إيجابية في تحسين الحالة المرضية .

وقد ساعدت هذه الأدوية العديد من المرضى والأموياء وجعلتهم قادرين على حضور مختلف المناسبات الاجتماعية وإلقاء الكلمات أمام الجمهور والمشاركة في المظاهرات الهامة وغير ذلك .

وعندما ينجح الإنسان في مواجهة الموقف الاجتماعي دون قلق أو بدرجة خفيفة منه فإن ذلك النجاح يساعده على زيادة الثقة في نفسه وتجاوزه للخوف ويتجنبه على مواجهة هذه المواقف في المناسبات المقبلة . ومع تكرار النجاح تتغير نظرة الإنسان عن نفسه وعن الآخرين ويستطيع أن يمارس حياته بشكل حادي .

وهكذا فإن العلاج الدوائي يمكن أن يلعب دوراً إيجابياً مساعداً . ويتم الفائدة واستمرار التحسن في حال الأخذ بالأساليب العلاجية الأخرى غير الدوائية التي تضمن انخفاص درجة القلق والخوف وتغير الإنسان وتعلمه أساليب جديدة للسيطرة على القلق ومواجهة الموقف الاجتماعي المخيف بقدرات أكثر وتفكير إيجابي متوازن . وتعد دراسة المجتمعات الإنسانية على وجود طيف من الميول في المناسبات الاجتماعية حيث يقدم للزائر نوع من المشروبات والمواد الكيميائية ذات

التأثير النفسي والمصبي والإيجابي مثل الماء والعصير والقهوة والشاي في مجتمعتنا. لو الكحول أو التبغ وغيره في مجتمعات أخرى. وعبر ذلك نوع من حسن الضيافة وجزء من التقاليد في الاجتماعات الرسمية وقبل إلقاء الخطب والكلمات. وهذه المشروبات بأنواعها تلعب دوراً في تسهيل عملية اللقاء الاجتماعي وتخفيف التوتر والقلق (باعتباره النفسية والجسمية مثل جفاف الفم والشدة الحظي وغير ذلك) والذي يحدث عادة في المواقف الاجتماعية. وكان ذلك نوع من العلاج الشائع للقلق الاجتماعي الطبيعي. ويمكن أنه أن يتم في بعض الحالات الطفيفة من الخوف الاجتماعي حيث إن الإسراع في تناول أحد المشروبات يخفف التوتر ويضع المجال للحول والتعامل.

وقد يلجأ البعض إلى تناول كميات من الكحول أو الأدوية المهدئة لتخفيف لقلق مما يصره إلى مشكلات إضافية تتعلق بالإدمان (كما ذكر سابقاً في الفصل الثامن) إضافة إلى أن مثل هذه المواد الكيميائية تلعب دوراً سطحياً في التخفيف من مشكلة الخوف الاجتماعي ولا بد من أسلوب علاجية أخرى لمعالجة المشكلة بشكل متكامل.

□ العلاج السلوكي والمعرفي وتنمية القدرات الاجتماعية:

■ يعتقد معظم الباحثين في الاضطرابات النفسية أن العلاج السلوكي يقدم نتائج فعالة في علاج اضطرابات الخوف بشكل خاص إضافة إلى تكتسيه الناجمة في اضطرابات القلق والاضطرابات الجنسية وغيرها.

وفي حالات الخوف الاجتماعي يفقد العلاج السلوكي كثيراً. والأساليب العلاجية السلوكية عديدة ومنها التعرض للموقف الاجتماعي الغير للخوف والقلق ومواجهته (Exposure) . وهذا التعرض يمكن أن يكون تدريجياً (Desensitization) أو كاملاً (Flooding)، وأيضاً الإشرعاء وأستلبيه، واستخدام الخيال والصور الذهنية، واستخدام المفكرة والوظائف المنزلية وتسجيل الملاحظات اليومية والمراقبة الذاتية للسلوك المراد تغييره وتمثيل الدور وغير ذلك من الأساليب . . . وقد بينت إحدى الدراسات أنه لا يوجد فرق في النتائج العلاجية بين أساليب التعرض التدريجي أو التعرض المكمل لو بين التعرض على اكتساب القدرات الاجتماعية في علاج المرضى العصبيين بالخوف الاجتماعي [مرجع رقم ٣٩].

وقد ركزت دراسات أخرى على أهمية العلاج بواسطة التعرض التدريجي للمواقف الاجتماعية عند الأشخاص الذين تعرضوا لصدمات سابقة في الموقف الاجتماعية. بينما أوضحنا دراسات غيرها أن التعرض على اكتساب القدرات الاجتماعية يتفوق في نتائجه على التعرض التدريجي. [مرجع رقم ١٨].

وقد بينت دراسة أخرى أن التعرض على اكتساب القدرات الاجتماعية يفيد أكثر في حالات المرضى الذين لديهم ضعف ونقص في هذه القدرات. وتوضح إحدى الدراسات أن الأشخاص الذين يظهرون ردود فعل سلوكية سلبية في المواقف الاجتماعية مثل الانكماش والصمت والاعتزال المكان الاجتماعي

بعيداً عن الأخواء والأنظار في المناسبات الاجتماعية يفيد في علاجهم التمرين على اكتساب القدرات الاجتماعية. بينما الأشخاص الذين تتميز حالتهم بزيادة أعراض القلق النفسي والجسمي فإن الاسترخاء وأساليبه تفيد أكثر في حالتهم. [مراجع رقم ٢٥].

وكما هو واضح مما سبق فإن هناك العديد من المعلومات العلمية لتوضيح فائدة كل طريقة علاجية على حدة ونوعية المرضى التي يمكن أن تشعب لهذه الطريقة أو تلك. ولا تزال معلوماتنا ناقصة حول ذلك وغير أكيدة.

وفي تطبيق أسلوب المواجهة والتعرض للموقف الاجتماعي الذي يسبب الخوف والقلق يطلب من المريض أن يختار أحد المواقف التي يتعرض لها عادة مثل أن يحضر اجتماعاً ما وأن يحاول أن لا يهرب من هذا الموقف وأن لا يبتلع عن الحضور. وعند حضوره وجوبه في المكان أن يظل في الموقف ولا يهرب منه لطول فترة ممكنة، حيث أن أعراض القلق الحاد والتوتر مثل نبضات القلب وجفاف الحلق والرعشة وغيرها سوف تختف بالتدريج إلى أن تصبح بسيطة. ذلك لأن التركيب الفيزيولوجي والعضوي للإنسان يجعل استجابته للموقف والقلق مرتبطة بالزمن وكلمة مرفوت لطول على التعرض للموقف الشير للقلق كلما عفت درجة القلق والتوتر إلى أن تلاش. وربما يكون الزمن مدة ٣٠ دقيقة أو أكثر.

وهذا الأسلوب يطبق عادة في حالات الخوف المرضي

البيضة المحددة مثل الخوف من النشط أو الباحة في الماء حيث يتطلب من المريض البقاء مع المنبر للخوف لفترة زمنية أطول إلى أن يحدث التعود وتنف درجة القلق.

واستخدام هذا الأسلوب في حالات الخوف الاجتماعي يفيد في كثير من الحالات ولكنه وجد أن هناك مشكلات خاصة تتعلق بمثالبه ولعلها هذا الأسلوب في المواقف الاجتماعية. فمثلاً قد يكون الموقف الاجتماعي قصيراً في مدته ولا يكفي الوقت لحدوث انخفاض في درجة القلق و حدوث التعود. وأيضاً لا يمكن توقع حدوث فعل الآخرين الذين يشاركون في الموقف الاجتماعي حيث يمكن لأحد الحاضرين في المثال المذكور سابقاً في أحد الاجتماعات أن يوجه سؤالاً مخرجاً أو تعليقاً سلبياً للمريض وهذا يزيد في التوتر ولا يسمح بحدوث انخفاض في درجات القلق. كما يصعب الإبتداء التدريجي للمواجهة في الموقف نفسه لأن مختلف عناصر الموقف الاجتماعي يمكن أن تتغير أثناء إجرائها للقلق وبشكل مفاجئ. بحسب ضبط وتوقع حدوثه. كأن يدخل مدير المدرسة إلى أحد الاجتماعات بشكل غير متوقع وبسبب توتره ثم بحسب حسبه من قبل وغير ذلك. . . [مراجع رقم ١٢].

ويمكن أن تكون المواجهة للموقف الاجتماعي بواسطة التخيل أو في الحياة النفسية ومساعدة الطبيب أو بشكل جماعي مع عدد من المرضى الآخرين الذين يعانون من نفس المشكلة. حيث يتطلب العلاج من عدم أن يصف موقفاً معيناً معيناً

بتفاصيله الدقيقة وأن يعتبر الحاضرين في الجلسة العلاجية أنهم يمثلون نفس الأشخاص الموجودين في الموقف الحقيقي وأن يحاول إلقاء كلمة لسانهم أو التحدث مع أحدهم أو طرح سؤال ما وبشكل مثالي بسيط. وعرف ذلك باسم تمثيل الدور (Role Play) وهو يساعد المريض على التغلب على خوفه وارتباك من خلال المواجهة التجريبية وليس الحقيقية. ويغيد المريض من ملاحظات المعالج حول تحسين أدائه حول استبدال أساليب ناجحة للتخفيف من التوتر مما يؤهله للمواجهة الفعلية فيما بعد. [مرجع رقم ٢٧ - ٤٢].

■ وأما العلاج المعرفي (Cognitive Therapy) فهو يركز على تعديل أفكار المريض عن نفسه وعن الآخرين من خلال المناقشة والحوار والتدريب على التفكير بطريقة إيجابية والتميز. ويعبري عندهم أنماط التفكير والنموذج إلى الانتماءات الأساسية المرضية عند المريض من خلال الجلسات العلاجية.

ويعتبر التقييم (Magnification) أحد الأنماط الأساسية في التفكير إضافة للتضيق والاستحاج الانتقائي أو الاعتيابي. وأيضاً التعميم والتفكير العددي المتطرف سلباً أو إيجابياً (Dichotomous Thinking) [مرجع رقم ٢٨]. فالمريض يهضم أنماطه ويحمل للآخرين صفات قاسية شديدة وانتقادية ولا يرى لهم النعم والتشجيع والمساعدة. كما يرى نفسه صديقاً وتافهاً من خلال المقارنة في فهمه لظلال لحظه. ومن ناحية أخرى يقلل من نجاحاته وقدراته ويعتبر تصرفاته الجيدة وأعماله أنها

لا تستحق الثناء أو التقدير. كما أنه يلجأ إلى التعميم السريع في فهمه للآخرين أو لنفسه بعد قتله في أحد المواقف.

وتجري مناقشة الأحداث اليومية التي يمر بها المريض وعرفه تلميحاته السلبية عليها ومحاولة استبدال ذلك باحتمالات أخرى إيجابية كتصور عفاة للأحداث التي يمر بها.

ومن الاقتراعات الأساسية الشائعة في تفكير المعاصرين بالخوف الاجتماعي والتي تحتاج إلى التصديل من خلال العلاج المعرفي والمناقشة أن الإنسان يجب أن يكون دفاعياً بتلقى نظرات الناس المجهومة والمحاذاة ويحاول أن يحمي نفسه ويسترها. وهذا التشبيه يعني أن الاحتكاك مع الناس هو نوع من الحرب والصراع. والمريض يأخذ دائماً مواقف الدفاع دون التفكير بالمهجوم وثابت شخصيته ورجاتها وحقوقها. ولذلك فهو يتسلم بسهولة ويهرب أمام سوء الخصم... ويحقد أنه سيكون الخاسر ولا يمكن له أن يطلب في إحدى المناقشات أو الزيارات التي يجتمع فيها مع عدد من الأشخاص مثلاً. وهو يفضل الصمت أو الهروب على المواجهة وعلى إمكانية تعرضه للإحباط أو المضارة.

ويمكن للعلاج المعرفي أيضاً من خلال تعديل الأفكار المريض حول الخطر الذي يراه في المواقف الاجتماعية أن يكون له فوئد إيجابية. وقد بينت الدراسات المعرفية [مرجع رقم ٣٨] لعلاج حالات القلق الحاد والخوف من أماكن السوق أن المريض يزداد قلقه عندما يحس بداية الأعراض الجسدية

للقلق مثل نوبات القلب أو انقباض السريخ الشديدي وتلعب هذه الإشارات الجسدية دور المثير النفسي للمزيد من القلق من خلال التفكير الخاطيء للمريض نفسه. حيث يعتبر أن قلقه إشارة خطر تتطلب الاستجابة ويمكن تعديل فكرة المريض هذه واعتبار أن الأعراض الجسدية التي يحصلها مؤقتة ومابرة وأنها مفهومة تماماً من الناحية الفيزيولوجية. وهذا ما يجعله أكثر تسليلاً وقبلاً لبعض أعراض القلق الجسدية مما يؤدي بدوره إلى عبوط موجبات القلق وعدم زبانتها.

وأيضاً يمكن تعديل أفكار السريخي حول الأمور التي يعتبرها المريض برعاً من الخطر مثل تفسيره لظفرة شخص معين في إحدى المناسبات واتسبه الناس المسلط عليه وتعلق من شخص آخر. حيث يصبح أكثر تسليلاً لتثل هذه المنسرات ويمكنه أن يفسرها بطريقة عاديه لا تشكل خطراً على كبانه وشخصيته وبالتالي لا تستدعي القلق والتوتر الشديدين.

■ ويعتمد التدريب على اكتساب القدرات الاجتماعية (Social Skills) على ملاحظة سلوك الآخرين من الجريين ومن لديهم قدرات اجتماعية ممتازة والتعلم منهم لأساليب جديده في التصرف والمحدث والتعبير عن النفس. ونطبق ذلك في الحياة العملية. ولتعب العلاج الجسدي دوراً في تسهيل هذه التدريبات.

كما يطلب من المريض أن يوسع من معرفته وإطلاعه الثقافي وأن يهتم باللغة ومفرداتها المتنوعة (تطبيق اللسان). وأن

يحفظ بعض القصص القصيرة والنكات والأخبار الشيقة وغير ذلك والتدريب على التحسنت فيها بشكل عملي أو بشكل تدريجي مع المسجل أو المرأة أو آلة تصوير الفيديو.

وتتضمن التدريبات الاجتماعية عدداً من المصروفات والسلوكيات يمكن التدرب عليها بسهولة مثل تكرار النظر في العيون أثناء الحديث إلى شخص أو أكثر. ولها أيضاً النظر إلى وجه المتحدث والتعبير عن مناجاة كلامه من خلال هيئ الرأس أو الاضات إليه أو التعبير الصوتي (مثل هـ . . هـ . . نعم . .).

والاعتماد على الأستة في المواقف الاجتماعية يعتبر أسلوباً ناجحاً ومهلاً يساعد المريض على كسر حاجز الصمت، ويمكن السؤال عن أبسط الأمور التي تحيط في البال. ويستجيب الآخرون عادة للأستة بمزيد من الاهتمام بالشخص نفسه كما أن ذلك يسهل فتح الحوار. . وأيضاً فإن ابتداء المحادثة والاستمرار فيها هو عنصر أساسي في تطوير التدريبات الاجتماعية، ويجري التدريب عليه عادة من خلال جلسات العلاج الجماعي.

ويرتبط بالتدريب على تنمية القدرات والمهارات الاجتماعية التدريب على إثبات الشخصية أو تحقيق الشخصية (Assertive Training). والمقصود من ذلك التدريب إصرار الإنسان على حق من حقوقه والتعبير عن ذلك بواسطة الكلام أو الفصل الإيجابي. وكثيراً ما نجد في حالات الخوف الاجتماعي أن الإنسان لا يعبر عن رغباته وحاجاته وآرائه وأنه

لا يستطيع الدفاع عن حقوقه وهو يرضى بالتين والإجماع بعضه ولا يستطيع أن يرفض طلباً ما ولو على حسابيه. وهناك تفسيرات عديدة لهذه الظاهرة. ومنها أن الإنسان يخاف من مشاعره السلبية وشدتها وهو يفسح ويكبت هذه المشاعر ويظهر أمام الناس كشخص طيب طبع يحمل ما يطلب منه دون اجتراح أو تذمر لأن ذلك يثير فيه المشاعر السلبية الشديدة التي يخشى انفلاتها وعدم السيطرة عليها.

ومن التدريب على إثبات الشخصية وتطبيقها من خلال تفهم أساليب قوة الشخصية وضعفها ومناقشتها، وتطبيق العملي بشكل فردي أو ضمن الملاجع الجماعي من خلال التحرين على مختلف المواقف العملية التي تتطلب من الإنسان أن يعصرف بشكل أكثر قوة وجزم مثل أن يعيد بضاعة فاسدة المشتراها إلى المحل التجاري أو مراجعة ورقة الحساب في المطعم أو غير ذلك. [راجع الملحق رقم ٥].

■ إذا تبعدنا عن المشكلات الطيفية لهذه الأساليب السابقة نجد أن بعض الباحثين قد اهتم بدراسة أسباب الفشل في علاج حالات الخوف الاجتماعي بواسطة الأساليب السلوكية. وفي إحدى الدراسات (مرجع رقم ٣٣) بين أن حوالي ٢٥ - ١٠٪ من الحالات التي حوِّلت بالطرق السلوكية يمكن اعتبارها فشلاً علاجياً. وذلك إما لانسحاب المريض من متابعة العلاج أو عدم تحسنه. وقد بينت تلك الدراسة أن عدداً من العوامل يساهم في فشل العلاج وهي أولاً: رغبة المريض

في العلاج والدوافع التي تعضده لذلك. حيث أن بعض المرضى تدفعهم ظروف مؤكدة أو فكرة عسيرة لوضبط من الأصل أو الصداقة لتلقي العلاج وهذا ما يجعل المريض أقل اندفاعاً للمضي في طريق التغير والتحسين. ويؤكد ذلك ضرورة فهم المريض السراجيع بصورة أصح والشاكد من رغبته في التغير. (وفي بلادنا.. نجد أن عدداً من المرضى يقومون ضحية لظنرات السلبية المرتبطة بالتردد على العناية الضمية مما يجعلهم يكتفون بزيارة واحدة أو اثنين. ولا يتابعون العلاج).

والعامل الأخير هو طبيعة العلاج نفسه حيث يعتبر بعض المرضى أنه مؤلم ومزعج لأنه يتطلب المواجهة مما يزيد في درجة القلق. وهذا ما يؤكد ضرورة عدم الإسراع في تطبيق مبدأ مواجهة الموقف الصعيف وإعطاء المريض فرصة أكبر للتعبير عن نفسه ومن ثم شعوره بالارتياح في الجلسة العلاجية إضافة إلى هذه التدرجي في مواجهة الموقف.

والعامل الثالث الذي يساهم في فشل العلاج هو شدة القلق التي يمس بها المريض في العلاج الجماعي حيث يجتمع مع غيره من المرضى.

ويجب الانتباه إلى ذلك وتحويل المريض إلى العلاج الفردي لفترة مؤقتة إلى أن يستطيع تحمل درجة أكبر من القلق في العلاج الجماعي.

والعامل الأخرى وتلقى الظروف الشخصية والبيئة للمريض حيث أن بعض المرضى يتقدم في العلاج بشكل جيد ولكن نتيجة لبعض المتغيرات المتغيرة التي يتعرض لها في محيطه تجعل إمكانية تحسنه صعبة ويخسر ما تعلمه في العلاج. وحله أن يعود من جديد ويمر بمرحلة أكبر للمضي في العلاج والمواجهة مرة أخرى. وإذا تدرك هذه العوامل بالقدر الممكن إلى انخفاض نسبة الفشل العلاجي بشكل كبير (مراجع رقم ٢٣).

وبالنسبة للعلاج المعرفي، يعتقد البعض أن استعمال هذا الأسلوب وحده غير كافٍ وأنه يلائم فئة معينة من المرضى الذين يهتمون بالمناقشة العقلية والفكرية ويخطئون النظر في تفكيرهم واكتشاف أفكار أخرى إيجابية. كما أن هذا الأسلوب يهمل الأمور الانفعالية والعاطفية والتجارب المألوفة في حياة المرضى والتي تساهم في نشوء أفكار المرضى المشوهة عن نفسه وعن الآخرين، وأنه لا بد من العلاج النفسي الذي يتطرق إلى هذه الانفعالات والمحدث عنها وتغييرها من خلال العلاقة العلاجية النصيبية مع الطبيب.

ويعتقد المتشددون من المهتمين بالعلاج النفسي التحليلي وغيره من المدارس النفسية التي تركز على أهمية الصراعات الداخلية للإنسان وعقده أن نجاح الأساليب السلوكية في مواجهة الموقف المنخفض ما هي إلا ردود فعل سطحية مؤقتة ولا يمكن أن يستمر التحسن طويلاً لأن البنية النفسية الداخلية للإنسان لم تتغير ولم يجر مناقشة العقد النفسية وحلها..

□ العلاج النفسي التحليلي والديناميكي :

(Analytic and Dynamic Psychotherapy)

يعتمد هذا العلاج على التفاعل بين المريض والشخص المعالج من خلال الحوار وتحدث المريض عن نفسه وأنفعالاته وحياته الذاتية، ويشترك مريض الخوف الاجتماعي في بعض العقد النفسية والميوسومات البدائية والأساليب الدفاعية. مثل صعوبة التعامل مع مشاعر الغضب وما يتعلق بها من النزعات العدوانية. وأيضاً عقد التنافس والذنب إضافة إلى عقد النفس والعقد المرتبطة بالاستقلالية والاعتمادية.

وتدل دراسة عدد من الحالات الميلية أن تفصيل البنية النفسية الداخلية من خلال نبر الإنسان بطاقته وأساليبه المتكررة والتي ترتبط بأنفعالاته شديدة وآلام مكبوتة والتعبير عنها ومناقشتها في جو علاجي يتصف بالأمان والتقبل والتفهم له دور كبير في التخلص من الأحاسيس الكظيمة التي تزعج الإنسان ونجمته أكثر قدرة على ضبط النفس والتعامل مع أنفعالاته والآخرين بشكل أكثر نكياً وأكثر واقعية. ونحدر طائفة المستهلكة بأساليب الدفاع عن الذكريات والرغبات المؤلمة ليصبح قادراً على توظيف هذه الطاقات في مجالات أخرى بناءة وإيجابية. وهكذا تزداد ثقة الإنسان بنفسه ويتفهم مخاوفه ومشاعره المرتبطة بتكوينه الداخلي وعلاقتها بمخوفه من المواقف الاجتماعية المتعددة. ويتمكن سلوكه الاجتماعي وقدرته على التعامل مع الآخرين ولا سيما إذا ترائق العلاج بالتأكيد على دعوى المواقف

التي يخاف الإنسان منها ومواجهتها بدلاً من الهروب.

ويتشكل حملي فإن كثيراً من مرضى الخوف الاجتماعي تبدو تصرفاتهم التي تصف بالخوف والارتباك والمخجل في المواقف الاجتماعية وكأنهم قد ارتكبوا ذنباً ما أو اجترعوا خطايا كثيرة. . . حيث أن الإنسان العادي عندما يكذب أو يفترب ذنباً ما فإنه سوف يرتبك ويخاف عندما يواجه الآخرين. وهذا طبيعي ومفهوم بسبب الشعور بالذنب والعار لما ارتكبه الإنسان من الخطايا ونتيجة لتأليب الضمير.

وأما في حالات الخوف الاجتماعي فإنه في كثير من الحالات لا يوجهه ما يفسد على ارتكابه ذنوب أو أخطاء والمصحة. . . ومع ذلك فإن سلوك المريض العنكس يبدل على ذلك. وهنا يأتي دور العقد النفسية والعصايات اللاشعورية المرتبطة بذكريات الطفولة وعلاقة الإنسان مع أمه وأبيه وإخوانه وغيرهم ممن له أهمية خاصة من الناحية المعنوية والمجانية في تلويحه الشخصي. فالتمنّس مثلاً مع أحد الأعمام ومحاولة سببه في أي من المجالات تترافق بمشاعر سليمة نجاحه وفي نفس الوقت هناك المشاعر الإيجابية ومشاعر الحب والإعلاء التي تتصارع مع المشاعر السلبية وتشكل نوعاً من التوتر والمصامية الخاصة. وقد ينبج الإنسان في الخوف على نفسه لو أن هذه الرغبة في التفوق وهزيمة الطرف الآخر لا تتحقق أو أنها تتحقق جزئياً ولكن تبقى الصور الذهنية والانفعالات المتصارعة المتشاكسة ويحملها الإنسان لفترة طويلة بشكل عقدة نفسية

يمكن تسميتها بالتأخر - الشعور بالذنب - وعند لقاء الإنسان بالخصائص الآخرين يمكن لهذه المشاعر المتناقضة أن تدل من خلال التشابه بين عناصر الموقف الاجتماعي والأشخاص الموجودين أو أحدهم وبين العناصر المكونة لهذه العقدة في تكوينه الشخصي. وتكون النتيجة مزيداً من التوتر والقلق وسلسلة من الانفصالات المزعجة والخطوة والتأنيب خاصة للطباع عنها مثل إتكار بعضها أو تحويلها إلى الآخرين وغير ذلك. وهذا القلق الذي يمتد الإنسان في إحدى المناسبات يتكرر لها بعد فترة من المدة ويثبت بسبب عوامل أخرى تتعلق بتصرفات الأشخاص المحيطين والإنسان نفسه.

وهذا بالطبع شرح مبسط لمعانيات سلسلة ومفيدة. والدراسات العلمية حول علاج الخوف الاجتماعي بهذه الأساليب التحليلية الديناميكية غير متوفرة وتقييم أهميتها العلاجية يعتمد بشكل أساسي على دراسة بعض الحالات الفردية بشكل مطول. وأيضاً فإن المدة الداخلية والصراعات التي ذكرت سابقاً لا تقتصر على حالات الخوف الاجتماعي بل يشترك فيها كثير ممن يعانون من حالات القلق أو المخاوف الأخرى وغير ذلك من الاضطرابات النفسية واضطرابات الشخصية.

والحقيقة أن هناك صعوبات كثيرة في التقييم العلمي لأساليب العلاج النفسي التحليلي والديناميكي وهناك بعض الدراسات العامة ولكنها قليلة وصحية التفيذ نظراً لطبيعة أسلوب العلاج نفسه الذي يعتمد بشكل كبير على العلاقة بين المعالج

والمرضى . وصحوة تكرار أسلوب معين من قبل جلد من المعالجين نظراً لاختلاف شخصيتهم ووجود أفعالهم تجاه المريض نفسه .

وقد شهدت السنوات الأخيرة بعض التطورات من خلال ما يسمى العلاج النفسي المختصر (Brief PsychoTherapy) أو العلاج النفسي ذو المحور المحدد (Focal PsychoTherapy) . [مرجع رقم ١٥ - ٢٨ - ٢٩ - ١٢] وهو لا يختلف وقتاً طويلاً ويحتاج حوالي ١٠ - ٣٠ جلسة يتم من خلالها التركيز على محور أساسي في توكية الإنسان النفسية وعقله .

□ العلاج النفسي الانتقالي أو المتكامل :

(Echectic PsychoTherapy) :

يعتمد العلاج النفسي المتكامل أو الانتقالي على مجموعة من الأساليب العلاجية المتنوعة . وتطبق هذه الأساليب بشكل صرن وانتقائي وفقاً لحالة المريض وخبرة الطبيب المعالج وتدريبه . حيث أن الهدف الأساسي هو البحث عن الأسلوب أو الأساليب المناسبة للمريض [مرجع رقم ١٢ - ٤٣] . وتنظم هذه الأساليب العلاج الفسوائي والعلاج السلوكي والمعرفي والتفريب على تنمية المهارات الاجتماعية إضافة للعلاج النفسي التحليلي وقد تقدم الحديث عن هذه الأساليب . .

وأما الأساليب العلاجية النفسية المستعملة الأخرى فهي تضم العلاج النفسي الداعم (Supportive PsychoTherapy) .

ويقوم على التشجيع والتطمين والدعم النفسي للمريض وتقديم
التصائح العملية.

وأيضاً أساليب الإيحاء التي تقوم على عدد من الطرق
التي تهدف إلى زيادة ثقة المريض بنفسه وتقوية عزيمته وإرادته
وجرأته على الإقدام وعدم التردد وضبط النفس وتبسيط إمكانية
مواجهة الموقف الاجتماعية من خلال عبارات وكلمات إيجابية
يرددها المعالج أو المريض نفسه. ويمكن تشبيه مواجهة الموقف
الاجتماعي الصعب بأنه معركة نحتاج إلى مستويات عالية..
والمحارب الناجح يقلل من المخاطر المحتملة ويظهر قوته على
الهجوم والدفاع كما يجب عليه أن يدرب نفسه جيداً وضع
الانتصار نصب عينيه يقول: "إنني قوي مسيطر على نفسي
وسوف أنتصر وأغلب وأحصد نصري الأمام". ويعتبر التتويم
الإيحائي (Hypnotism) أحد أساليب الإيحاء ويمكن
للمريض نفسه أن يتخرب على ذلك ويوصي نفسه أنه قوي
وقادر على ضبط النفس ومواجهة الموقف الصعب.

وأيضاً أساليب الاسترخاء المتعددة وهي تصنف ضمن
الأساليب السلوكية ولكن تنوعها واتساعها وتعدد أشكالها يجعلها
تعتبر أساليباً مستقلة. وهي تقوم على مجموعة من التمارين التي
تهدف إلى استرخاء عضلات الجسم وإزالة التوتر وراحة النفس
وتتمتع مطلقاً على التنفس الهادئ والصمت إضافة إلى شد
وترخاء المجموعات العضلية في الجسم. وهناك بعض الأجهزة
المحدثة التي تمكن وظائف الجسم المتعبة مثل درجة الشد

والتوتر العضلي في عضلات الراس والظهر والكتفين وأيضاً درجة الحرارة المحيطة في أصابع اليدين والقدمين حيث تزداد بمرور اليدين في حالات التوتر والقلق. وغير ذلك من الوظائف مثل دقات القلب والضغط الدموي والتمرق. وهذه الوظائف مرتبطة بالقلق ومظاهره. والتمرن على الاسترخاء بواسطة هذه الأجهزة التي تسمى «الأجهزة الصائكة للوظائف الحيوية» (البيوفيدباك) (Biofeedback Instruments) أو بيونفا، يعطي الإنسان قدرة على التحكم بنفسه ومساعدة نفسه بنفسه للتحكم على القلق والتوتر.

كما أن هناك أجهزة أخرى تساعد على الاسترخاء بواسطة نبضات كهربائية توجه إلى منطقة الراس والجهازين الآخرين تعتمد عليها الطب الصيني في العلاج وغير ذلك من أساليب التدليك (والمناج) والأجهزة السحبة والبصرية.

وفي حالتنا الإسلامي لا بد من التأكيد على أهمية العبادات والانتماء بها، ويقول الله تعالى: ﴿الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ﴾ (سورة الرعد آية ٢٨).

﴿وَأَسْمِعُوا الصَّابِرِينَ أَصْوَاتَهُمْ وَإِنَّا لَمُكْرِمُونَ﴾

[سورة البقرة: آية ٢٥].

والصلاة والذكر والعبادة وقراءة القرآن لها آثار عظيمة من الناحية النفسية والروحية في الإنسان. وهي تشكل مصدراً أساسياً للثقة بالنفس وقسوة الإرادة والمهزمة إضافة إلى إزالة

التوتر والقلق والتخفيف من الشعور بالذنب واليأس والضيوط.
[مرجع رقم ٨ - ٩].

وبشكل عملي يمكن مثلاً تكرار دعاء سيدنا موسى عليه السلام وبه قبل دخوله لمقاتلة فرعون ﴿ رَبِّ أَنْشُرْ لِي صَدْرِي ۝ وَتَقَرَّبْ أَمْرِي ۝ وَتَمْلَأْ عَفْوَكَ مِنِّي ۝ إِنَّكَ أَتَقَبَّلُ ۝ وَتَهْدِي وَأَنْتَ أَعْلَمُ ۝ ﴾ (سورة

طه آية ٢٥ - ٢٨)

وذلك قبل مواجهة الموقف الاجتماعي المصنف كواثمه.
كما أن هناك تطبيقات أخرى عديدة ومتنوعة للأساليب الدينية.

وهناك عدد من الأساليب العلاجية الشائعة والمعروفة عند عامة الناس مثل الحمام الدافئ، أو البارد، والتمارين الرياضية وتناول الفواكه والخضار وأنواع من المشروبات والأعشاب والاستحمام في [جهاز] الحسيرة وتغيير العمل أو السكن وغير ذلك. ومن أكثر هذه الطرق الشائعة فعالية تغيير الاتجاه من موضوع الخوف والتصورات المبطنة إلى مواضيع أخرى مألوفة. وذلك بواسطة الحوار الداخلي والكلام مع الذات (Self Talk) في مواقف الخوف الاجتماعية كواثمه الذهاب إليها بدلاً من الاستمرار في التصورات المطلقة مثل: «سأفقد سبلول مني الناس» ويمكن أن يتصرف بشكل عملي، «لأنه يبدو علي التوتر والارتباك» ولا سيما إذا ترافق ذلك مع أساليب العلاج الأخرى.

ويمكن للإنسان أن يفكر بما يراه في الطريق من شوارع

وأبينة وأشجار يتسلق فيها لويذكر نكتة مضحكة لويذكر جزءاً من التباهية أثناء اجتماع ممن في بعض الأمور الموجودة في المكان... وإن يلقي نفسه بحلقة المفاتيح أو الفلم الذي يحصله أو أن يشم عطرأ لويذكر قطعة من الحلوى وغير ذلك مما يمكن تسميته بالأصوات المساعدة على الإطمان. حيث يساعد ذلك في تغيير ردود الفعل الفلقة أثناء التمرض للموظف المخيف من خبال إثارة ردود فعل الإطمان والسيطرة على النفس. [مرجع رقم ١٩ - ٢٥ - ٢٦].

ونعتمد أسلوب العلاج المتكامل على استعمال أكثر من أسلوب علاجي واحد في نفس الوقت. حيث يمكن أن يبدأ العلاج بشرح الأساليب السلوكية والإيحاء الذاتي والاشترعاه وبعض هذه من الجلسات العلاجية يمكن استعمال بعض الأساليب التحليلية ولا سيما إذا كان التقدم والتحسن بطيئاً لوكيان العلاج فاشعلاً فيما سبق. حيث يحدث في عدد من الحالات نوع من المشاعر السلبية وعدم التعاون في إجراء الموظفين المنزلية والمتعاونين المطلوبة وهذا ما يسمى بالتحويل السلبى (Negative Transference) وهو يعني نقل المشاعر الداخلية السلبية التي نتجت عن عقد المريض وتذكراته المؤلمة السابقة إلى شخصية المعالج والمعالج نفسه... ولا بد من التنبه إلى هذه الظاهرة السلبية وتفهمها ومناقشتها مع المريض نفسه مما يضمن الاستمرار في التحسن وعدم انقطاع العلاج بشكل مبكر.

ويمكن أيضاً استعمال الأدوية جنباً إلى جنب مع العلاج السلوكي وقد يثبت بعض الدراسات أن ذلك يعطي مزيداً من التحسن ولا سيما إذا كانت درجة القلق شديدة عند المريض وهو يشعر أنه لا يستطيع أن يبدأ برنامج مواجهة المواقف الاجتماعية. وبعض المتشككين من المدرسة السلوكية يعتبر أن الأدوية المهيئة تطفئ من تعلم المريض من المواجهة. ويبدو أن ذلك له ما يؤيده من الناحية النظرية. ولكن بعض الدراسات أوضح أن ذلك لا ينطبق على جميع الحالات وأنه من الأفضل في جديد من الحالات استعمال دواء مهدئ ولا سيما في موعد المواجهة. ولا تزال هذه النقطة موضع جدل ودراسة ولا يوجد رأي قاطع في الوقت الحاضر [مرجع رقم ٤١].

ويمكن تطبيق بعض مبادئ العلاج الأسري في عدد من الحالات إضافة للأساليب العلاجية الأخرى حيث يشجع أفراد الأسرة المريض على التقدم في أساليب المواجهة. كما أن تفهم الزوج أو الزوجة لحالة شريكه وسلوكه يساعده في أن يحد يد العون والمشاركة لتجاوز حالة الخوف مما يحرم على الجميع بمكاسب كثيرة والعمة وصحية بدلاً عن بعض المكاسب الممنوعة السطحية والمتحرفة التي يجنيها أحد الطرفين من خلال بقاء شريكه خائفاً أو مضطرباً أو مريضاً.

ويمكن الاعتماد على بعض الأساليب التخفيفية (Reductional Approach) في معالجة بعض حالات الخوف الاجتماعي. ويكون ذلك بتقديم شرح علمي وطبي مبسط

لأعراض القلق وكيفية حدوثها وعلاجها بتفكير الإنسان. وأن هذه الأعراض تزيد شدة وتثبت من خلال فكرة الإنسان عنها وكيفية قراءته لها. إضافة لسلوكه الفللق ومحاولته تجنب ظهور هذه الأعراض. فالقلق ظاهرة طبيعية ويمكن للإنسان أن يتحكمها ويتقبل بعض أعراضها بتفكير إيجابي علمي دون الميل إلى التشديد والشعور بالخطر الذي لا يحصل. وهذا بدوره يؤدي إلى انخفاض درجة الفلق والتوتر ويحصل الموقف الاجتماعي الذي آثار هذه الأعراض الملل خطراً وتوتراً.

والنتيجة الآخر التي يعتمد على زيادة الوعي الطبي والتفهم وتصحيح بعض المعلومات الخاطئة في ذهن المريض يتعلق بصورة الإنسان عن نفسه من الناحية الجسدية. حيث تنتشر كثير من الأوهام والمعلومات الخاطئة في تفكير بعض المرضى ممن يعانون من حالة الخوف الاجتماعي. وبعضهم يعتقد أنه ربما كان شافاً جينياً أو أن وجوده ناقصة (أونقص الأنوثة في حالات الإناث) وغير ذلك من التصورات التي تساهم في إضعاف الثقة بالنفس وزيادة الفلق والارتباك في المواقف الاجتماعية.

وتصحيح مثل هذه التصورات الخاطئة من خلال المناقشة وتقديم الشرح الطبي المبسط له فائدة كبيرة.

ويمكن الاستفادة من طرق معالجة اضطرابات الكلام والنطق في العلاج النفسي التكاملي لحالات الخوف الاجتماعي. ومنها إظهار المعروف بشكل أوضح شبه التمجيد. حيث يتم

تحريك الفك السفلي أكثر وأيضاً الشفة وحركات الفم إضافة إلى أخذ النفس قبل البدء في الكلام من الأنف والتمهين على زيادة مساحة الصدر وكمية الهواء الموجودة فيه الرتين. وأيضاً التدريب على الوقوف قليلاً عند نهاية الكلمة وأخذ النفس والإبطاء الملم في سرعة الكلام وتغير نبرة الصوت وطبقة بشكل تجريبي [راجع الملحق رقم ٦]. وهذه التمارين يمكن أداؤها بشكل فردي أو جماعي وهي تصب في قدرات المريض اللفظية والكلامية وترهب في ثقته بنفسه.

ويتمتع فن الخطابة والتشيل على عدد من التمارين السابقة إضافة إلى استعمال بعض الكلمات المؤثرة والافتاحية المثيرة والخطابة الواضحة القصيرة والجذابة. ويرافق ذلك الحركات التعبيرية في اليدين والوجه ونبرة الصوت. وهذا يحتاج إلى التدريب وزيادة الطاقة العامة وحفظ الأحاديث الاجتماعية المفيدة. وكل ذلك يقوم في زيادة القدرات الشخصية والاجتماعية للمريض ويجعله أكثر قدرة على مواجهة خوف من المواقف الاجتماعية ومن الحديث مع الآخرين.

وهكذا نجد أن تطبيق عدد من الأساليب العلاجية معاً وبشكل مرن يفتح للمريض إمكانيات التعبير عن ذاته ويجعله يشارك في العملية العلاجية بقطره واتصالاته وجهوده [راجع رقم ١٠]. كما يفتح المجال أمام المزيد من التعديلات والابتكار في خطة العلاج بشكل يتوافق مع المريض وحاجاته وسرعته الخاصة في التعلم والتغير.

وأيضاً يضمن ذلك الاستفادة من طوائف وتجاهلات عدد من الطرق العلاجية المعروفة مما يؤدي إلى زيادة التحسن واستمراريتها.

ولقد يشو للبعض أن هذه الأساليب متنوعة ومختلفة فيما بينها . . . والحقيقة أن مجال العلاج النفسي مجال واسع ومتنوع وتتوزع المدارس العلاجية ونسباتها وربما يصل عددها إلى أكثر من مئة مدرسة . وهذا يعكس تعقيد الإنسان نفسه وإمكانية النظر إلى مشكلاته من زوايا متعددة . .

وهناك المنهج من المحاولات التي تحاول التوفيق بين المدارس العلاجية الأساسية كالمدرسة السلوكية والمدرسة والتحليل النفسي . وقد ظهرت بعض النتائج الإيجابية في هذا المجال وأهمها اعتبار أن تكرار البحث في قضية معينة وما يتصل بها من دقائق وانفعالات كما يجري في العلاج التحليلي هو نوع من المواجهة المتكررة للموضوع المرتبط بحساسية خاصة والذي يشو الفشل والعناصر الأخرى . وهذه المواجهة المتكررة تؤدي إلى انخفاض درجة الفشل وإزالة الحساسية المرتبطة بالمكرة أو الموضوع والذي هو أساس المقعدة والصراع . وطبعاً فإن أسلوب المواجهة هنا هو جوهر العلاج السلوكي ونظريته .

ومن الناحية الأخرى فإن العلاج الانتقائي يطبق حالياً على نطاق واسع لأنه يتناسب مع مجموعة أكبر من الحالات النفسية الصعبة . كما أن المنهج من المعالجين قد نبذوا التعصب لمدرسة معينة وأصبحوا أكثر انفتاحاً وخطياً للمدارس الأخرى من

خلال جلساتها العملية وتطور نظرياتها وأساليبها التي شهدته السنوات الأخيرة [مراجع رقم ١٣ - ٣٦ - ٤٢].

وتختلف مدة العلاج التكاملي في حالات المخوف الاجتماعي وكثير من الحالات تحتاج من ٨ - ١٥ جلسة. ويفضل أن تكون الجلسات الأولى متقاربة. ويمكن أن يكون ذلك مرة واحدة كل أسبوع أو أكثر ويحدث حاجة تقدم وانحس خلال الأشهر الثلاثة من العلاج. ويطلب من المريض متابعة تدريباته والمراجعة مرة كل أسبوعين أو شهرياً لمدة ثلاثة أشهر أخرى.

ويمكن اعتبار العلاج دورة جديدة يتعلم من خلالها المريض أساليب للسيطرة على قلقه ومحوه إضافة إلى فهمه لمشكلاته وتغير نظرتة إلى ذاته والآخرين.

ولا بد من الإشارة هنا إلى ضرورة تبسيط المشكلة وزرع الشاؤل والأمل في نفسة المريض. ويمكن اختصار البرنامج العلاجي وتوضيحه في أربعة نقاط وهي:

- ١ - أساليب لتخفيف القلق وأعراضه.
- ٢ - تنمية القدرات الاجتماعية وزيادة الثقة في النفس.
- ٣ - تغيير نظرة الإنسبان الطبيعية عن نفسه وعن الآخرين.
- ٤ - مواجهة المواقف التي تسبب الخوف والقلق.

ويجب التنبيه إلى أن تبسيط المبالغ فيه في أساليب العلاج ربما يعطي نتائج سلبية ويضر المريض بالمزيد من

الضعف والنقص لأنه كان يعاني منذ مدة وهو يحاول مجهوداً
الخاصة، إضافة إلى أنه في كثير من الأحيان كانت إجاباته
من الأشخاص الأقوياء وقوي القوة وغيرهم من كبار السن
والأهل مما يجعل المريض مهيناً وحاسماً لأسلوب الطبيب
المعالج ولا سيما إذا بسط له المشكلة كثيراً أو طال به بتدريبات
كثيرة وشاقة.

ولمّا بقي مريضاً لمضطط البرنامج العلاجي التكاملي
الذي يطبق في هيئة الطب النفسي بهذا.

□ هالـج نـفـك بـنـفـك . . .

فيما يلي عدد من الملاحظات والتمايزين التي تساعد الإنسان على تجاوز حالة التوتر والقلق في المواقف الاجتماعية.

١ - إن قليلاً من التوتر في بعض المواقف أمر طبيعي . .
لا تضخم المشكلة . . واعلم أن كثيراً من الناس يمانون
حالتك . . وكلهم يحاولون أن يشجع نفسه ويخفف من توتره
بأساليب مختلفة ثم يواجه السمة والموقف المزججة إلى
أن يتصور على لقاء الناس والحديث معهم بشكل عادي
وتشكر في الشئ الذي يقول (إن أصرأ الناس على الأسد
أكثرهم له رؤية) لذلك لاير على مواجهةك للمواقف
ولا تنسحب.

٢ - تعلم أحد أساليب تخفيف التوتر ودوام عليها . .
واستعملها قبل الذهاب إلى موقف معين مزيج . وأيضاً
أثناء وجودك في هذا الموقف . مثلاً نمود على نفخ الهواء
كحافلاً خارج صدرك من الفم أو الأنف ومحدد أن كمية
كبيرة من الهواء قد دخلت صدرك تساعدك على
الاسترخاء . كرر ذلك عدة مرات .

٣ - شجع نفسك بنفسك . . وردد عبارات قصيرة مثل إني
قوي وأعرف كيف أتحدث مع الناس . . إن لامي طبيعي
جداً . . إن مظهري عادي تماماً ومقبول . . (رب اشرح
لي صري . وصر لي صري . وحلل حقت من لساتي .
يفقهوا قولي).

٤ - احفظ بعض القصص القصيرة والأحداث الشقية وتذكر
عليها. . . وعندما تكون مع الناس انتهر الفرصة وتحدث
بما تعرف.

٥ - في المواقف الاجتماعية المبرجة تعود على أن تسأل عن
أي شيء وأبدأ بالأسود المحيطة بك. . . إن ذلك أفضل
من الصمت والتوتر. . . وأعلم أن أصغر المتحدثين كثيراً
ما يستعمل ذلك الأسلوب وهو يفتح المجال للمزيد من
الحوار والحدث.

٦ - لا تضخم غيرك ونقاط ضعفك. . . وتقبل بعض الأخطاء
ولا يوجد إنسان كامل. إن في كل إنسان جانباً خيراً قوياً
ويمكنك التواصل مع الآخرين والاستماع بملك. . . هناك
من هو أحسن منك حقاً. . . وهناك من هو أنقص منك
حقاً. . .

٧ - لا تضخم لإدراكك ونجاحاتك. . . وإذا انحطت في بعض
الأمور البسيطة لو كان رأيك غير صحيح فإن ذلك لا يعني
أن تدمر نفسك وتحطمها. . . ولا يؤدي ذلك إلى خراب
الدين. . . صحيح عطك وكن جريئاً وحاول أن لا تكره. . .
وتعود على العزوة والواقعية واحترم الرأي الآخر.

٨ - راجع تفكيرك حول نفسك وحول نظرة الناس وأهميتها. . .
كن متفلاً. . . كل الناس تنظر إلى الأشخاص عندما
يقومون بعمل أروعهم. . . هذا طبيعي جداً تعود على
ذلك. . . إن الآخرين لا يسيرون المسيرة منك

أو انتظارك .. يعطى الناس مزيجين .. تعلم أساليب
 الشخصية في الرد عليهم .. لو اتعبت عنهم لم يعطى
 الأمان .. وتذكر القمل الذي يقول (إن رضا الناس غاية
 لا تدرك) . إن يعطى الناس يعرفون تشجيعك ومساعدتك
 تعاون معهم .. كثير من الناس لا يعرفون لك غيراً خاصاً
 أو شراً خاصاً، لذلك لا تضعهم خطرهم عليك وتعامل
 معهم بشكل عادي . إذا كنت غير متنب فلماذا الارتباك
 والتوتر ؟

٩ - تصور الموقف المزيج قبل حدوثه بشرة وركز على
 التفاصيل الدقيقة وأنت في حالة استرخاء وإن كان توترك
 شديداً فركز بأحد الأساليب المساعدة على خفض
 التوتر .. يمكنك أن تذكر نكتة مضحكة .. ثم تحاول
 تخيل الموقف وأن تصرف بشكل عادي تماماً . استعمل
 خيالك وذكرتك لتحسن سلوكك في الموقف المتوقع
 حدوثه ويمكنك كتابة بعض الملاحظات وأحد ذلك
 المصالح مرات عديدة خلال عقد من الأيام .. إن هذا
 يجعلك قادراً على مواجهة الموقف بهزلة أكثر ونصي
 قدراتك الشخصية .

١٠ - يمكنك كتابة الموقف المزيج وإعطائها درجة خاصة
 نفس التوتر والقلق فيها .. اختر ليل الموقف توتراً
 وتسون على مواجهتها مرات عديدة .. وعندما يصبح
 عادياً انتقل إلى الموقف الأصعب وهكذا .. استعمل

المفكرة واكتب ملاحظتك وما يمكن أن تفعله في
المرات القادمة.

١١ - دأوم على ما سبق. . . وضع حدّاً لخوفك وقلقك وابدأ
بشكل جدي في التعبير بمزحة كبيرة ﴿فَلَمَّا هَمَّتُمْ مَقُولَ
عَلَى أَعْيُنِكُمْ قُدْرَةُ الْمُؤْمِنِينَ﴾ (سورة آل عمران : آية ١٥٩).

وأسأل من حولك من ذوي الخبرة. . . أو الاختصاص
عند اللزوم. وتأكد أن تجربة الخوف سوف تخف تدريجياً إلى
أن تزول. . . وأن بعض الانتكاسات قد تحدث ولكن
لا تستسلم ولا تتضاؤل وترجع إلى الوراء. وعاود الكرّاء من
جديد إلى أن تصبح وثقاً من نفسك وقدراتها. . . تذكّر أن كل
ما يزيد ثقتك بنفسك كالترويضات والقدرات يجعلك قوياً أمام
الآخرين.

❏ نصائح علاجية في حالات الأطفال :

لما يلي بعض الملاحظات التي نريد الأهل والمهنيين
بأمور التربية في مساعدتهم للطفل للتجاوز المنكسر في
المناسبات الاجتماعية :

١ - إن بعض التوتر والارتباك في المواقف الاجتماعية هو
أمر طبيعي عند كثير من الأطفال. . . لا تضيق
المشكلة. . . فالطفل يحتاج لبعض الوقت ليفهم ما يجري

حوله وبعض الأمور التي يعتبرها الكبار عادة تكون غير ذلك في عقل الطفل .

٢ - حاول تفهم مشاعر الطفل وأفكاره وقلقه إذا طالت فترة الخجل أو الانكماش التي يمر بها . راجع درجة الثروة في المنزل أو المعوسة ودرجة الاعتماد والرعاية والتشجيع التي تقدم له . وحاول تعديل الأمور السلبية قدر الإمكان .

٣ - تجنب دائماً إطلاق التسميات والأوصاف غير المفيدة مثل : خجول - (خوف) (أرنب) - ضعيف . . وغير ذلك .

٤ - شجع مختلف الهوايات عند الطفل . . بما فيها الرياضة والفنون والقدرات اللفظية وغير ذلك .

٥ - تأكد من إعداد الفرص الثلاثية للآخرين والتدريب على مواجهة المواقف الاحتجاجية والتعامل مع الأطفال الآخرين والكبار . ومشاركة الطفل في ذلك . واستعمل مائمه من أساليب تخفيف ثوتر الطفل خلال هذه المواجهة كالخضوع أو اللعب أو التشجيع اللفظي ويمكنك المشاركة في الموقف والتقاء مع الطفل فترة إلى أن يخف التوتر .

٦ - وفر للطفل مزيداً من فرص التدريب في المنزل

وغيره.. عشرة دقائق يومياً أو خمسة نطلب منه أن يتحدث عن موضوع ما أو أن يتلو قصة أو غيرها أمام الأهل أو غيرهم.. تقبل أدائه ولا نكثر من الملاحظات في المراحل الأولى من هذه التمارين.

٧ - تجنب عقاب الطفل وإهانته أمام الآخرين قدر الإمكان.

٨ - اترك للطفل بعض الحرية في اكتشاف ما حوله بنفسه وهو يتعلم من الخطأ والتجربة ومن الإرشادات.. تقبل بعض الأخطاء ولا تكن خيالياً تريد الكمال التام.

٩ - تذكر أن تكون عموماً للطفل وموجوداً حين الحاجة وأن يفهم الطفل ذلك عند مواجهته لموقف اجتماعي صعب.

١٠ - لا تبخل في تشجيع الطفل ومكافأته على سلوكه الاجتماعي الجيد، واجعل المكافآت مباشرة وغير بعيدة زمناً.. لأن الطفل لا يفهم الزمن كما يفهمه الكبار.

١١ - لا تيأس في محاولتك وابدأ بشكل جدي في التغيير واحزم على الاستمرار، وسأل من حولك من ذوي الخبرة أو الاختصاصي عند اللزوم. وتأكد أن كثيراً من الحالات تتحسن مع تقدم العمر وزيادة التجارب الناجمة والثقة في النفس.



حول الوقاية

لا تزال الدراسات الوقائية في مجال الطب النفسي نادرة وصعبة التحقيق. وتهدف الوقاية من اضطراب معين إلى منع حدوثه أو تخفيف نسبة الحدوث وهذا هو المفهوم الشائع عن الوقاية. ويقابل في المصطلحات الطبية مفهوم الوقاية الأولية (Primary Prevention) ويضاف إلى ذلك مفهوم الوقاية الثانوية (Secondary Prevention) وهي تعني علاج الاضطراب أو المرض بعد حدوثه. وأيضاً هناك ما يسمى الوقاية الثالثة (Tertiary Prevention) وهي تعني منع حدوث مضاعفات المرض أو تحوله إلى حالة مزمنة والتخفيف من نتائج من خلال إعادة التأهيل وكل ما يساعد على تحسين وضع المريض وآدائه المهني والاجتماعي والنفسي.

وتختلف الوقاية في مجال الطب النفسي عنها في المجال الطبي. وفلك تشابك وتنوع العوامل المسببة وعوامل

الأسباب في بعض الحالات الأخرى. وفي بعض الحالات
 النشبة الناتجة عن تناول أحد المخدرات أو مرض عضوي معين
 تكون الوقاية موضوعاً سهلاً وواضحاً وذلك من خلال معالجة
 السبب نفسه الذي سبب الحالة.

وهناك عدد من الملاحظات العامة التي تساعد على الوقاية
 من حالات الخوف الاجتماعي يمكن استنتاجها من خلال مراجعة
 الأسباب العامة والمواصل المؤثرة في نشوء هذه الحالات.
 ويمكن الرجوع إلى الفصل التاسع ومناقشة هذه المواصل
 وإمكانية تعديلها أو التخليص منها. ولا بد من الإيجاز هنا لأن
 «كثير الكلام ينسج بعضه بعضاً». . . والتأكيد على عدد من النقاط
 العامة الأساسية:

١ أولاً: أهمية القيم الاجتماعية والأخلاقية التي تتعلق
 بكيفية تعامل الناس مع بعضهم البعض. ويقول الله تعالى في
 كتابه العزيز:

﴿لَا يَتَّقِرُّونَ مِنْ قَوْمٍ حَتَّىٰ يَكُونُوا إِسْرَارًا وَهُمْ وَلَا يَنْسَكُوا يَسْأَلُونَ
 حَتَّىٰ أَنْ يَكُونَ سِرًّا فَيَنْسَكُوا ۚ﴾ [سورة الحجرات: آية ١٦]

وأيضاً:

﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا تَقْلُوبُوا أَمْلَأَكُم مِّنْ ذِكْرِ وَأَنْتُمْ وَجَعَلْتُمْ شُعُورًا
 وَمَا يُغْنِي عَنْكُمْ أَنْ تَقْرَأُوا عَلَيْهِمْ أَفَلَا تَعْقِلُونَ ۚ﴾ [سورة الحجرات: آية ١٣].

وفي الحديث الصحيح عن أبي هريرة رضي الله عنه أن رسول الله ﷺ قال: «يحب امرئ من الشر أن يحقر أخيه المسلم». كل المسلم على المسلم حرام دمه وعرضه وماله. إن الله لا ينظر إلى أجسادكم ولا إلى صوركم وأعمالكم ولكن ينظر إلى قلوبكم». رواه البخاري ومسلم. [راجع المرجع رقم ٥٧، حول مختلف صيغ هذا الحديث ورواته].

ونمثل هذه القواعد العامة لساناً عامة في الأدب النفسي للمجتمع المسلم المثالي [مرجع رقم ٧] وفي هذه القواعد العامة تهذيب للنفس وضمان لعلاقات اجتماعية سليمة تجعل الإنسان أكثر أطمئناناً وأماناً في علاقاته مع غيره.

□ ثانياً: أهمية التربية وعلاقة الطفل بوالديه وتشكله نشأة جديدة تجعله وانحاً بنفسه يستطيع التمييز بها بحرية ومسؤولية. ويعتمد ذلك على القدوة الحسنة وعلى رعاية الطفل رعاية مناسبة وتشجيع قدراته وإتاحة فرص التميز أمامه. وفي الحديث الشريف عن أبي هريرة رضي الله عنه أنه قال: «كان رسول الله ﷺ ليدلع لسانه للحسن بن علي هري الصبي حمزة لسانه غيبش إليه». (بهبش: يشرح). رواه أبو الشيخ ابن حبان [راجع رقم ٥٣، المجلد الأول].

وفي ذلك مبدأ تربوي عظيم يقوم على الحب والتواضع والتلقائية والابتعاد عن التكيلات وعن توسيع الهوة بين الأجيال والمربين بشكل عام.

□ **ثالثاً:** الاهتمام بجعل الشباب في مرحلة المراهقة يشكل خاص ومنهم ما يجري فيها من تطورات في شخصية المراهق ولذاته والشغف على قلقه واتداعاته وآرائه ومراحله، وضرورة تشجيعه على اكتساب المهارات اللازمة التي تساعده على ضبط النفس وتقوية الإرادة والمزجعة إضافة إلى التمهيد العلمي والمهني المتوازن وتنمية الهوايات المتنوعة والقدرات الاجتماعية المتمثلة.

□ **رابعاً:** الاهتمام بالأشخاص المؤهلين والمصريين للانطواء والقلق الاجتماعي والشعور بالنقص. مثل المصابين بالمرض جسدية أو عادات أو اضطرابات النطق أو الأشخاص الذين يختلف مظهرهم الجسدي أو أصلهم الاجتماعي عن أكثرية من حولهم. ولتركيبة على إعطائهم فرصاً أكبر في تحقيق شخصيتهم وتنمية قدراتهم الشخصية والاجتماعية.

□ **خامساً:** ضرورة التأكيد على سواجدة المواقف الاجتماعية بدلاً من تجنبها أو الابتعاد عنها. وأيضاً البحث على التعبير عن النفس بدلاً من الانكماش والوصم. وفي الحديث الشريف عن ابن عمر رضي الله عنهما أن رسول الله ﷺ قال: «والمؤمن الذي يخالط الناس ويصبر على أذاهم خير (أو أعظم أجراً) من الذي لا يخالط الناس ولا يصبر على أذاهم». أخرجه البخاري. [مراجع رقم ٣، المجلد الثاني].

ومن أبي سعيد الخدري رضي الله عنه قال: سمعت رسول الله ﷺ يقول: «من رأى منكم منكراً فليغيره بيده فإن

لم يستطع ليلته فإن لم يستطع غداً، وذلك أضيق الإيمان. رواه مسلم. (مراجع رقم ٤٧).

وهذه مبادئ اجتماعية أساسية في إصلاح المجتمع المسلم. وهي تساهم من الناحية العملية في التخفيف من شدة التوتر والقلق المرتبط بالصوفاً الاجتماعية من خلال الصبر وتكرار المواجهة والتصبر عن النفس. كما تساهم في العلاج وفي التخفيف من تطور حالات الصوف الاجتماعية ومشاكلها المزمنة وتعطيلها للإنسان ونشاطاته.

□ ملاحاً: التأكيد على أهمية الوعي الذاتي والنفسي ولصونه وذلك بمشاركة وسائل الإعلام المختلفة كالصحف والمجلات وغيرها من الأساليب التقنية. ولها أهمية خاصة في العلاج النفسي والخدمات النفسية المتطورة للجميع. وكل ذلك يساعد على ازدياد الصحة النفسية وفهمها وعلاج الحالات المرضية بشكل مبكر (المحالة إلى الحد من معاناتهم وآلام المعانين والأخذ بيدهم نحو النصح والتفاد بفائدة الله). (مراجع رقم ١١).





ملحق رقم (٢)

□ القائمة (الأجزاء المجمعة في الملوك الإجمالي) □

يسمح بإشارة على العناصر التي تنطبق عليها عند مزاجها في مختلف أجزاء من مجموع

- ١ - رواية بقاء الكتاب / المخطوط
- ٢ - مجموعة النصوص
- ٣ - القصص بالمراد / المبررة
- ٤ - رواية القصص
- ٥ - أحوال الوجه
- ٦ - مصنف مصنفات النسخ
- ٧ - المراجعة / المراجعة / المراجعة / المراجعة
- ٨ - القصص بالمراد بالمراد
- ٩ - القصص بالمراد أو ضد المصنف
- ١٠ - القصص بالمراد من القصص والقصص / القصص والقصص
- ١١ - أحوال في المصنفات
- ١٢ - مجموعة النسخ / نسخ القصص والقصص بالمراد
- ١٣ - القصص بالمراد في المصنف
- ١٤ - أحوال المصنفات - ضد المصنفات
- ١٥ - مصنف المصنف / المصنف
- ١٦ - القصص بالمراد والقصص
- ١٧ - المصنف بالمراد
- ١٨ - القصص بالمراد بالمراد أو ضد القصص
- ١٩ - المصنف بالمراد بالمراد / المصنف بالمراد
- ٢٠ - مصنف من المصنف / المصنف
- ٢١ - القصص بالمراد بالمراد
- ٢٢ - المصنف في المصنف
- ٢٣ - الإجابة
- ٢٤ - استلاء المصنف
- ٢٥ - المصنف في المصنف / المصنف بالمراد

ملحق رقم (٤)

□ صور اخرى من الامم في حالات الطوارئ الاجتماعية □

قسم الإدارة على مجموعة من الأقسام وهي:

- ١ - دراسة النفس الزكية
- ٢ - الفلسفة الزكية
- ٣ - الفلسفة الزكية والالتزام بالحق
- ٤ -
- ٥ -
- ٦ -
- ٧ -
- ٨ -
- ٩ -
- ١٠ -
- ١١ -
- ١٢ -
- ١٣ -
- ١٤ -
- ١٥ -
- ١٦ -
- ١٧ -
- ١٨ -

ملحق رقم (٦)

❑ ملاحظات حول طريقة الكلام / الكتابة ❑

- ❑ تعريب اللفظ الصليبي كالتعريب
- ❑ تعريب اللفظة
- ❑ إظهار التعريف بشكل توضيح / مثل التعريف
- ❑ التوقف قليلاً عند نهاية الكلمة
- ❑ الإبقاء على اللفظ في سرعة الكلام
- ❑ عدم التمسك بلفظ البدء في الكلام أثناء الكلام
- ❑ استبدال التعريف التعريفية نحو الكتابة كالقراءة والكتابة
- ❑ عدم سرعة التعريف بلفظه بشكل تعريفي
- ❑ التعريف من لفظ التعريف نفسه بشكل متكرر وهكذا
- ❑ استبدال التعريف المتكرر بلفظ آخر جديد / الكلام أثناء تعريف لفظ جديد
- ❑ استبدال المراتب والصفات والتعريفات باستبدال الألفاظ التعريفية واستبدالها
- ❑ تلوين جملتين في نفس الوقت بلفظين مختلفين / المصباح - كفتح الجملتين رقم ١
- ❑ قراءة جملتين قصيرتين مختلفتين بلفظين مختلفين
- ❑ إظهار الاستعداد من طريقة الكلام الأخرى
- ❑ التخليق النفسي والتعريف مع الأخرى
- ❑ الاهتمام بوضوح الألفاظ وعلاقتها مع الألفاظ

الكلمات والمصطلحات الإنكليزية ومعانيها في العربية

- Adaptive: تكيفي، من التكيف والتأقلم
- Agoraphobia: الخوف من أماكن السوق والأماكن
البلطوخة والمستشفيات والممرج من
الطول وهذا
- Analytic Psychotherapy: العلاج النفسي التحليلي والمفاهيمي
الذي يعتمد على كلمة كمال الصبر
والعقلانية
- Anorexia: الفقد العصبي أو المرضي وهو من
اضطرابات الطعام النفسية وعسر
أما ما يشتهر بالهلع والتلعيب
رائد ولما بين رياضة التصفية الفرد
مع أن الوزي مستطير أملاً
- Antisocial Personality: الشخصية المضادة للسلوك، وتعتبر
أحياناً بالسلوك المعواني والإجرامي
المتكرر منذ الطفولة
- Anxiety: القلق النفسي
- Assertive Training: التدريب على تطبيق الشخصية وتوتيرها
- Automatic Thought: الأفكار التلقائية (الأوتوماتيكية)

- Autonomic Nervous System: الجهاز العصبي الذاتي اللاإرادي
- Avoidant: تجنب، معادي، متحيز، تجنب، من الاجتناب
- Avoidant Disorder: الاضطراب الاجتنابي
- Avoidant Personality: الشخصية الاجتنابية القهربية الخفية
- Behavior: سلوكي متعلق بالسلوك
- Biofeedback Engineering: الأجهزة الملائمة للوظائف الحيوية النفسية الاضطرابية الشخصية الحيوية الاضطرابية بواسطة هذه الأجهزة الملائمة وتعلم كيف هذه من الوظائف الطبيعية مثل حرارة اليدين أو درجة التوتر العضلي في اليدين أو تنفس أو درجة التوتر وغيره من الوظائف الحيوية المرغوبة
- Blushing: احمرار الوجه
- Borderline Personality: الشخصية الحدية، وتعتبر كياناً مجزوعاً القهري والسلوك الانفعالي والانعكاسية في الميالات الانفعالية إضافة إلى مشاعر النقص والسلبيات
- Short Term Psychotherapy: العلاج النفسي قصير الأمد أو ذو الوقت المحدود
- Bulimia: انهمام نفسي أو قهري، وهو اضطراب نفسي من اضطرابات الشهية ويظهر أساساً بنوبات من الأكل الكثير ثم الشعور بالغثاس والتعب والإرهاق لاحتوائه الوزن
- Castration Complex: عقدة القضاء، من الشخصية والجنسي المعروف من أن يصبح الإنسان عرجاً دون جنسية بالمعنى المجتمعي
- Claustrophobia: الخوف من الأماكن المغلقة أو ضيقة

- Cognitive Schema
- Conditional Learning:
- Dependent Personality:
- Depression
- Desensitization:
- Developmental
- Developmental Psychology
- Dichotomous Thinking:
- Difficulty in Breathing:
- Dizziness:
- Dynamic:
- المعرفة السحرية . مستغنى من المعرفة وطريقة إدراك الأمور
- التعليم الشرطي . وهو يعني تعلم رد فعل معين من خلال ظهور مشير الود لتدليل هذا والتربط به زمنية وعندها تظهر يصبح مرتبطاً بالتفاعلات معينة وسلوكيات بعد تكرار الارتباط ومثال : يتعلم الطفل أن يمزج دموعه إلى حرقه عندما يرتجى حرقه الفئول لأن الحرق (المتصور) قد ارتبط بدموع زالم ما وأدى ذلك إلى عدم الاحتكام بالطفل أو الحاحه
- الشخصية الانسحابية . وهو من شكل الحساسى بعدم القدرة على التحدث التفاوضية التوسعية (أو بعد الحيد والي الأمرين ومساكنهم ومواقف الأمرين خروفاً من اليد وعدم الاستقلال وعدم نقل الوحدة والعزلة وشعور من ذلك
- الانسحاب . الكأنا
- إزالة الحساسية الحسية . التوسعية التوسعية
- نمائي تطوري مرحلي
- علم نفس النمو
- التفكير السببي زمانيه هو
- مزيج أو تقييد
- صعوبة النفس
- دوار . قوام
- ديناميكي معاني نشط مرتبط بأمر لها تسمية مسترد أو فقد غير مستمر

- **Eclectic:** - المختلط، المصنوع - تكافلي.
- **Eclectic Psychology:** - مزيج نفسي الاختلاقي.
- **Emotional Expression:** - التعبير الانفعالي - التعبير عن الانبعاثات النفسية - اتصال الكلمات والأنشيب المناسبة للكلمة.
- **Encouragement:** - التشجيع
- **Essential Tremor:** - ارتعاش الأساسية
- **Etiological Diagnosis:** - التشخيص السببي - المرتبط بالأسباب
- **Exposure:** - المواجهة - التعرض
- **External Locus Of Control:** - المصور الخارجي للسيطرة - الأحداث فيها أمور خارج الذات
- **Extroversion:** - الانبساط - الانحاء خارج الذات في الاعتماد والتشارك
- **Fear:** - الخوف النفسي - وهو من الانبعاثات الطبيعية التي تمثل حالة الكثرة الشام والفرار والحبس وتراجع الحظر
- **Flooding:** - الغمر - المواجهة الكاملة للموقف
- **Focal Psychotherapy:** - العلاج النفسي المصوري - ذو محور معين
- **GenetBank:** - مخزن عام
- **Generalized Anxiety:** - القلق الشامل غير المحدد
- **Genetic:** - وراثي
- **Guilt Feeling:** - مشاعر القنب
- **Guilt Definition:** - تحديد الذات اللذنب
- **Guilt Consciousness:** - الشعور بالذنب

- **Histronic Personality:** الشخصية شبه جنسية. وتتميز بقدرة
على التوافق الاجتماعي والإغراء والتسلية في
التعبير الانفعالي وسلبية هذه
الانفعالات وعدم تحمل الإحباط
والإسالة إلى التفكير الانفعالي العام
دون قلق أو تردد.
- **Home Bound:** الاحتباس في البيت. عدم الخروج من
الموطن.
- **Homogenous Group:** مجموعة متجانسة.
- **Hypnotherapy:** العلاج بالتخويم الإيحائي.
- **Identification:** التماهي بالمعدى. تمثيله.
- **Intrajection:** الانطوائ.
- **Introversion:** الانطوائية.
- **Labeling:** إطلاق التسميات. إطلاق التسميات
والصفات.
- **Language And Speech Disorders:** اضطرابات اللفظ والكلام.
- **Learning Theory:** نظرية التعلم.
- **Low Self Esteem:** ضعف التبرير الذاتي. ضعف الثقة
بالنفس.
- **Moral Value Prejudice:** تصور التبرير الذاتي.
- **Muscle Tension:** التوتر العضلي.
- **Narcissistic Personality:** الشخصية الفرجسية الأنفوية. وتتميز
بشكل أساسي بحسب الذات والتفوق
المفسر لأصعب الآخرين ومديحهم
والإسالة إلى تهميات القسبة
والجبن.
- **Nasal Polyp:** الزوائد الأنفية. السليمة الأنفية.
- **Neat Deviation:** شذوفا خارج الأنف.

- Negative Evaluation: - التقييم السلبي
- Neurotic Disorders: - الاضطرابات العصبية . وهي الاضطرابات النفسية العصبية
- Obsessive Compulsive Personality: - الشخصية الوسواسية القهرية ومضاتها . مثل : التساوية الزائدة والاعتناء بالمفاهيم المعقدة والتحكم على جميع الجوانب المحيطة والتدريب والثناء وعدم المرونة والشح وغير ذلك
- Obsession: - حلق . إسقاط . إبدال
- Overemotional Disorder: - اضطراب الحلق المفرط
- Overdiagnosis: - إكتساب تشخيص معين بشكل مفرط الإفراط في التشخيص
- Pity Fear: - شعور الخوف
- Palpitation: - الخفقان . الزيادة المفاجئة للقلب
- Panic Attack: - نوبة الهلع . سراة القلق الحادة
- Phobia Disorder: - اضطراب القلق الحادة الخوف
- Phobic: - متعلق بالخوف . نفسي عكسي
- Paranoid Personality: - الشخصية الزوورية . والغيرة والتكبر الأساسي بالثقة وعدم ثقة بالآخرين ولو فتح الأذى منهم إحصائياً يتم عدم التسامح والتركز الشديد على أية ملاحظة بضميمة الشخص على أنها خروج لورثته له
- Pathological Trism: - فصادة العصبية
- Passive Aggressive Personality: - الشخصية السلبية السلبية . وتعتبر بشكل أساسي مفاجيل والمساخنة والسلبية والمعنوية غير المباشرة

- **Perceptual Delusions:** - عِلْمِيَّاتُ الْأَمْطَلَةِ. وَمِنْهَا عِلْمِيَّاتُ
الْمَلَاةِ وَالْمَرَاتِيَّةِ وَالْإِلْهَاءِ
- **Periparturition:** - التَّحْرُلُ
- **Perseveration:** - الْحَبْسُ وَالْحَصْرُ عَلَى شَيْءٍ مُعَيَّنٍ
الْإِلْحَاحِ
- **Physical And Sexual Abuse:** - الْإِلْهَاءُ الْجَسَدِيَّ وَالْجَسَمِيَّ
- **Phobia:** - الْخَوْفُ الْقَرَمِيَّ
- **Primary Prevention:** - الرِّقَابَةُ الْأَوَّلِيَّةُ مَعَ حَقُوقِ الْقَرَمِيَّ
وَحَلَاكَ الرِّقَابَةِ الْآخِرَةِ وَتَثْبِيهِ بِالْقَرَمِيَّ
الْقَرَمِيَّ
- **Projective Test-Ruminant:** - الْخِيَارُ الْإِسْلَامِيَّ رَوَيْتُكَ مَعَهُ إِلَى
الْقَرَمِيَّ الَّذِي يَتَكَلَّمُ
- **Prospective Studies:** - الْقَرَمِيَّ الْإِسْلَامِيَّةِ الْمَلَاةِ
- **Psychoanalysis:** - التَّحْلِيلُ الْقَرَمِيَّ
- **Psychosis:** - (عَالِي). نَفْسِي. حُرَاطُ بِالْأَمْطَرِيَّةِ
الْمَقْلَبَةِ الْكَبِيرِ
- **Questionnaire:** - اسْتِثْنَاءُ مَصْدَرَةٍ مِنَ الْأَمْطَلَةِ الْكَبِيرِ
يَجُوبُ عَلَيْهَا الْخُصُوصِيَّ
- **Reactive Anxiety Depression:** - الْفَقْرُ الْكَبِيرِ الْكَبِيرِ الْفَقْرُ وَالْجَوَابُ
يُصَدِّقُ عَلَيْهِمْ قَرَمِيَّ مَعَهُ كَرَمُ الْفَقْرِ
عَلَيْهِ أَوْ اسْتِثْنَاءُ لَهُ
- **Rehabilitation:** - الْقَرَمِيَّ. إِصْلَاحُ الْقَرَمِيَّ، تَعْلِيمِيَّ
- **Rejection Sensitivity:** - الْحَسَابَةُ الْفَرَقِيَّةِ وَجَدَمُ الْفَقْرِ وَالْمَلَاةِ
- **Relaxation:** - الْإِسْتِرَاحَةُ
- **Relaxation Therapy:** - الْعِلَاجُ بِرَوَايَةِ الْإِسْتِرَاحَةِ
- **Retrospective Studies:** - الْقَرَمِيَّاتُ الْإِسْتِرَاحَةِ. قَرَمِيَّاتُ حَتَّى
الْأَمْطَلَةِ مِنَ الْأَمْطَلَةِ الْإِسْلَامِيَّةِ
رَاسْمُهَا

- Reward:	- المكافأة
- Rheumatic Fever:	- الحمى الروماتيزمية
- Role Play:	- تمثيل دور معين . لعب دور معين
- Schizoid Personality:	- الشخصية شبه المنعزلة . وتسمي بشكل أساسي بالانطواء والوحدة وعدم الرغبة في تكوين العلاقات الاجتماعية والبرود الانفعالي
- Schizotypal Personality:	- الشخصية ذات النمط الشيزوسي وتسمي بشكل أساسي بفرافة التفكير والكلام والالهامات وعدم الاعتماد بالنظرة الخاصة إلى الانطوائية والعزلة
- Self Talk:	- الكلام الداخلي أو يحدث الإتصال بينه ذاتياً
- Semi Structured Interview:	- مقابلة نصف منظمة وتعني أن هناك أسئلة يجب إجابتها كما يترك للمقابلة حرية التعبير عن أمور أخرى مهمة
- Separation Anxiety:	- قلق الانفصال
- Sertral-Hippocampal Region:	- منطقة السرازيم وحصان البحر في الدماغ
- Social:	- اجتماعي
- Social Anxiety:	- القلق الاجتماعي
- Social Interventions:	- الأنظمة الاجتماعية
- Social Phobia:	- القصور الاجتماعي أو الخوف الاجتماعي (من الرمة)
- Social Skills:	- المهارات والقدرة الاجتماعية
- Somatic Amnesia:	- أعراض التلق الجسدية . كالخنق والتمرق والرجفة وغيرها
- Stuttering:	- التأتأة الصوتية
- Sublimation:	- الإبداء

- **Supportive Psychotherapy:** - العلاج النفسي الداعم المستند
- **Syndromes:** - لظواهر ونمطية مجموعة من الأعراض التي تظهر بشكل مشترك
- **System Theory:** - نظرية المنظومة، نظام وحدة متكاملة من العناصر تقوم على مبدأ التوازن والاعتماد لم تكونوا لمزاجية عليها
- **Temperament:** - المزاج
- **Transference, Negative:** - التحويل السلبي، الثقة سلبية للافصالات والعصوبات السلبية من فعل المريض إلى شخص الطبيب
- **Trauma:** - إزعاج، إزعاج
- **Underdiagnosis:** - تصنيف كالمريض معين بشكل قليل



١٠ المراجع

- ١ - القرآن الكريم
- ٢ - ديان الصالح. تأليف الإمام الشوقي. دار الفكر. بيروت ١٩٨٩.
- ٣ - سلسلة الأحاديث الصحيحة وهي من طبعها وفوائدها. تأليف محمد ناصر الدين الألباني. المكتب الإسلامي. بيروت - دمشق. الطبعة الرابعة ١٩٨٢.
- ٤ - الصورة قاموس إنكليزي عربي. عبد الحميد. دار المعلم للملايين - بيروت ١٩٨٢.
- ٥ - القاموس المحيط الفيروزآبادي. مؤسسة الرسالة. بيروت ١٩٨٧.
- ٦ - المعجم الطبي الموحد [إنكليزي - عربي - فرنسي] لجنة العمل الخاصة بالمصطلحات الطبية العربية في المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية بشرق البحر المتوسط. مقر اللجنة الدكتور محمد هاشم الحنظل. طرابلس للدراسات والترجمة والنشر. دمشق. الطبعة الرابعة ١٩٨٨.

- ٧ - قواعد الأدب النفسي في المجتمع المسلم - نظرات في سرية الحجبوت. تأليف الدكتور كامل سلامة النفس. مطبعة خالد الطرايشي دمشق - دار الشروق. جبة ١٩٧٦.
- ٨ - نحو علم نفس إسلامي. د. حسن الشوقري. الهيئة المصرية العامة للكتاب ١٩٧٦.
- ٩ - القرآن وعلم النفس. د. محمد عثمان نجاتي. الطبعة الثالثة. دار الشروق ١٩٨٧.
- ١٠ - تطور الطب النفسي ونظرة الفرد والمجتمع. د. حسان المالح. النفس المطبقة. مجلة الطب النفسي الإسلامي. المجلد (٣٤) ١٩٩٣.

- 11 - Ames P.L., Gelder M.O., Shaw F.M.: Social Phobia: A comparative Clinical Study
British Journal of Psychiatry. 1983 (68) 121-116.
- 12 - Butler G.: Exposure as a Treatment for Social Phobia: Some Instructional Difficulties
Behaviour Research and Therapy 1983 (23) 651-657.
- 13 - Beutler L.E.: Eclectic Psychotherapy, a systematic approach. Pergamon press Inc. 1983.
- 14 - Chaleby K.: Social Phobia in Sweden.
Social Psychiatry. 1987-22: 167-170.
- 15 - Davanzo H. (Editor) Short-Term Dynamic psychotherapy. Spectrum, New York 1978.
- 16 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition Revised. DSM III R. American Psychiatric Association. Washington 1987.
- 17 - El Islami M.F.: Arabic Cultural Psychiatry. Overview.
Trans Cultural Psychiatry Research Review 1982 (19) 5-19.

- 18 — Emmeltkamp P.M.G. Phobic and obsessive Compulsive disorder: Theory, Research and Practice. New York, Plenum Press, 1982.
- 19 — Friedman S.: Implication of Object relation Theory for Behavioural Treatment of Agoraphobia. *American Journal of Psychotherapy*. 1983 (4) 32 5-340.
- 20 — Greenberg D, Stravynski A: Social Phobia. *British Journal of Psychiatry*. 1983 (143) 526.
- 21 — Holt C.S., Heimberg R.G., Hope D.A.: Situational Domains of Social Phobia. *Journal of Anxiety Disorders* 1982 (6) 43-77.
- 22 — International Classification of Diseases 10 I.C.D. 10, World Health Organization, Division of Mental Health, Geneva. 1988 Draft of Chapter V.
- 23 — Kaplan H I., Saddock B J., *Comprehensive Text Book of Psychiatry* Fourth Edition 1983 Williams and Wilkins.
- 24 — Kendell R.E., Zealley A.K. *Companion to Psychiatric Studies*. Third Edition. (1983) Churchill Living Stone.
- 25 — Krupp A.M., Chutten J.M., Werdegat D., *Current Medical Diagnosis and Treatment*. 1985. Large Medical Publication Los Altos, California.
- 26 — Liebowitz M.R., Gorman J.M., Fyer A.J., Klein D.F.: Social Phobia, Review of a Neglected Anxiety Disorder. *Archives of General Psychiatry* 1985 (42) 729-734.
- 27 — Liebowitz M.R.: Social Phobia Modern Problems in Pharmacopsychiatry. 1987 (22) 141-173
- 28 — Malan D.H., *A Study of brief psychotherapy*. Plenum publishing corporation. 1975.
- 29 — Malan D.H. *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. Butterworths London. 1979.

- 30 — Marks I.: *Living with fear, Understanding and coping with anxiety*
Tab Books, Blue Ridge Summit, P A 1980
- 31 — Marks I.M., Mathews A.M. Brief Standard self rating for Phobic postures.
Behavioural Research and Therapy 1982 (17) 263-267.
- 32 — Marks I.M., *Behavioural Psychotherapy*
The Maudsley Pocket Book of Clinical Management.
Bright: Bristol. 1986.
- 33 — Marshall J.S., Winter K. Limitation of the Treatment for Social Anxiety. Page 104-120. of *failures in Behavioural Therapy*. Edited by F.O.A. E.B. AND Emmelkamp P.M.G., John Wiley and Sons, Inc. 1983
- 34 — Okasha A., Ashour A. Psycho demographic Study of Anxiety in Egypt: The PES as Arabic Version *British J. of Psychiatry* 1981 (139) 70-73
- 35 — Ott L.G., Jermann A., Johnson J. Individual response patterns and the effects of different Behavioural methods in the Treatment of Social Phobia
Behavioural Research and Therapy 1980 (19) 1-16.
- 36 — Persson G. *Prognostic factors with four Treatment methods for Phobic Disorders*. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1984 (69) 307-318
- 37 — Richard D., McDonald B., *Behavioural Psychotherapy*.
Heinemann Medical Books. 1980
- 38 — Scott J., Williams J.M.G., Beck A.T., *Cognitive Therapy in clinical practice*. Routledge. 1989.
- 39 — Shaw P. A comparison of Three behaviour Therapies in The Treatment of Social Phobia
British Journal of Psychiatry 1979 (134) 620-623.
- 40 — Talbot J.A., Hales R.E., Yudofsky S.C.: *Text-Book of Psychiatry*. American Psychiatric Press, Inc. 1985.

- 41 — Wardle J.: Behaviour Therapy and Behavioural Disciplines. *Allyes or Antagonisms* Review article. *British Journal of Psychiatry* 1990 (156) 163-164.
- 42 — Wolberg L.R. *Hand-book of Short-term psychotherapy*. Thome-Saunders Inc New York 1980
- 43 — Wolberg L.R. *The technique of Psychotherapy* New York. Grune and Stratton. 1977
- 44 — Workman S.L. Anxiety Disorders in childhood. In *Comprehensive Text Book of Psychiatry*. Edited by Kaptein H.J., Sadock B.J. Fourth Edition 1983. Williams and Wilkins.
- 45 — Zane D.M. Contextual Analysis and Treatment of Phobic Behaviour as a change. *American Journal of Psycho-Therapy* 1978 Vol. 32 (3) 336-339
- 46 — Zane D.M., Powell D. The Management of Patients in a Phobic Clinic. *American Journal of Psychotherapy*. 1985 (3) 331-345



قصيدة

كلمات للأمل لا يذمتها ..

من المذكرات اليومية لطبيب نفسي .. والشعر:

١ - (القصيدة):

تفرغ صدري بأحزائك .. كل صباح ..

قال: إن الاحتراف ..

«أسمعتهم سجع الصمام .. وسمعت منهم زفير الأمد»

لفيوت في منزلي برهة .. مشير المبوب «وما جئت على أحد»

الثابت كل الوقت .. أتأقظ خوطاً .. وأحزاني لا تشبه

الأحزان ..

أمني على أعمامي المنهارة .. فلي القلب والقدم ..

أبحث عن أسلوب مشرق .. ولغة ميسرة ..

أهاتف الأحزان .. ثقيلتي .. يستأثرني الخوف .. وتصدمني

الشفاعة ..

يهترئ لساني كتمثال صموت ..

تطاردني في الأيام انكاري . وانسج في مناهاتي
أعاف من الخوف . وأنتك فيما أنتك ..

٢ - (الحوار):

غريب أنت ..

نخس حضورك .. ؟ تشابه أصواتك والصور .. ؟
سئلتك الحزن ..

يسمر قلبك بين جنبك .. وجفلك الفلق ..

تخاف المصمت من الوريد إلى الوريد وتطير بأوهامك

تحاول الهرب إلى الجهة الأخرى من الكرة الأرضية .. ؟

هارباً منصدها من غيبات الماضي .. تتناثر ..

تفصح نظراتك في رجاء المهيول ..

تقترب حرماً مجهولاً وذنوباً سرية .

مهيض القلب .. تخطو إلى الخلف . وتزرح أسوارك ..

لمك مبتلى بالدكريات والرماد المنطفيء .

تطلق روحك ساقياً .. وتعامل الألام ..

٣ - (الصدى):

رسم روحك .. نقيض أشلاك .. لبالكرة الأرضية ما زالت

تتكاثر ..

تموت قبلاً .. لكن تحب الرمان والمكان وجديد الأكران .

كائن من ضوء وحب وطن .

تذوب فشرتك... نفياً كسطر قم بهطل بعداً

يتضح وجهك الآن...

توزيع ورداً وقصصاً على أطراف حركك.

توقف الأشجار

تعمل في قبضتك وملأ ملوناً تكسر كل الأوتان...

تغادر موتك... لتتصق بالزمن القادم

وتكتسب في صفحة العمر صوراً ومطوياً والحدائق...



* ملاحظة: الكلمات المتداولة ليست جديدة واحداً... نستخدم في
الذاكرة من لمعان جديدة لكثير من الشعر... تلوانت... ثم تليقت
بطلمي في أكتفها.

تصويبات

الصفحة	السطر	مكتبة	التصويبات
١٧	٢٠	الألم	الألم
١٩	١٧	بالبحر	عن البحر
٢١	١٣	أمرها	أمرى
٢٤	٧	تعباً أو عروياً	أحب أو عروب
٢٤	٢٠	فريدان طلائع القلب	فريدان سرعان طلائع القلب وعديها
٢٤	٢١	والبضاعة	والبضائع هذه الكتاب
٢٩	٧	علي أن	من أن
٢٩	١٧	أزاليه وخطير	والقود وخطرون
٢٩	٢٤	كان	كان
٣٠	٢	الضمان	الضمان
٣٦	٤	وعسره	عسره
٣٣	١٩	الأمره	أمره حلاله
٣٤	٢	وعسره	عسره
٣٥	٢	أو خطير	أو أن خطير
٣٥	١٥	وعلقتك مع	وعلقتك المسرا مع
٣٥	١٦	كنا ومنك	كنا بمنك
٣٦	١٩	وعسره	عسره
٣٩	٩	وعسره	عسره
٣٩	٩	عسرا	عسرا
٣٩	٩	أكثرأ	أكثر
٣٩	١٠	أمره	أمره
٤١	٧	هنا	هنا
٤١	٧	طالين	طالين
٤٢	٢٠	أزاليه	أزاليه

۱۶۱	۱۶	آب	آب
۱۶۸	۹	الاحمر لبت	الاحمر لبت
۱۶۸	۱۵	الاحمر لبت	الاحمر لبت
۱۶۹	۸	دو	دو
۱۶۳	۶	الاحمر لبت	الاحمر لبت
۱۶۳	۷	الاحمر لبت	الاحمر لبت
۱۶۳	۱۹	الاحمر لبت	الاحمر لبت
۱۶۳	۱۹	الاحمر لبت	الاحمر لبت
۱۶۸	۱۳	الاحمر لبت	الاحمر لبت
۱۶۹	۱۱	آب	آب
۱۶۹	۲	الاحمر لبت	الاحمر لبت
۱۶۹	۲۲	الاحمر لبت	الاحمر لبت
۱۶۸	۳	الاحمر لبت	الاحمر لبت
۱۶۹	۸	الاحمر لبت	الاحمر لبت
۱۶۸	۱	الاحمر لبت	الاحمر لبت
۱۶۰	۱۸	الاحمر لبت	الاحمر لبت
۱۶۸	۱۵	الاحمر لبت	الاحمر لبت
۱۶۹	۶	الاحمر لبت	الاحمر لبت
۱۶۹	۶۰	الاحمر لبت	الاحمر لبت
۱۶۴	۱	الاحمر لبت	الاحمر لبت
۱۶۹	۱	الاحمر لبت	الاحمر لبت
۱۸۵	۱۵	الاحمر لبت	الاحمر لبت
۱۹۰	۱۰	الاحمر لبت	الاحمر لبت
۱۹۸	۲۰	الاحمر لبت	الاحمر لبت

□ تذكرة عامة

1. إن خدمات الطب النفسي يحتاجها العديد من الأشخاص مثل حالات:

- الاستشارات النفسية العامة.
- القلق الحاد والمزمن (التوتر - النوبة - انفعال الجال).
- الاكتئاب الارتكاسي، والاكتئاب المزمن (التعب النفسي وتعب الأعصاب - الضيق).
- الخوف الاجتماعي (الخجل).
- الحالات الوسواسية (الوسوسة والشك والرغبة الممنوعة في التأكد).
- الخوف من الأمراض.
- صمويات التكيف.
- الشكاوى الجسمية النفسية المنشأ.
- الآلام العضلية العصبية (الصداع بأنواعه - آلام الظهر).
- الأعراض النفسية المرافقة للأمراض العضوية المختلفة.

وأيضاً حالات الأطفال والمراهقين، مثل:

- الاضطرابات السلوكية عند الأطفال والمراهقين.
- البوال الليلي.
- صعوبة التحصيل الدراسي.
- التخلف العقلي.

وأيضاً حالات الاضطرابات الجنسية، و:

- اضطرابات الطعام والوزن (السمنة والتخافة).
- اضطرابات النوم (الأرق - قطع النوم - الكوابيس - فرط النوم، وغيره).
- المشكلات العائلية والشخصية واضطرابات الشخصية.
- الاضطرابات الذمعية العقلية كالقصاص والهوس والشك (الزور) وغيرها.
- بعض الأمراض النفسية كالصرع واضطرابات الشيخوخة وغير ذلك لا تتردد كثيراً قبل استشارة الطبيب، فقد تغيرت الحياة، ولا يمارس العلاج النفسي مع جهود الإنسان الشخصية في صراعه مع مشكلاته وحلولها. كما أن الاضطراب النفسي ليس حياً أو ضعفاً، فالإنسان القوي يتصبأ أحياناً ثم يستعيد قوته ..

عنوان المؤلف: مهارة الطب النفسي - جلد ١ - ص ١٤٧٦٣

حافظ: ٦٧٣٠٤٨٨

المهارة النفسية الاستشارية

مخرج المجلد - مهارة المعلم النفسي

مفتي - ص ١٤٥٥

الكتاب رقم: ٦٧٣٢٨٤٩

مجموعه قرآن من القرآن

ديوان شعر

(عراق شاعر)

لحمه الامتداد

عبدان الملاح

الإيداع في مكتبة الأسد الوطنية

الخوف الاجتماعي (الجلل) : دراسة علمية
للاضطراب النفسي : مظهره - أسبابه وطرق
العلاج / حسان المالح ، - ط ٢ . - دمشق : دار
الإشراف ، ١٩٩٥ . - ٢١٦ ص ٢٢١ سم .

١ - ١٥٨ م الخ ٢ - ١٥٢ م الخ
٣ - العنوان ٤ - المالح
مكتبة الأسد

ع - ٩٤١ / ٩ / ١٩٩٤